مكتبة أصول علم النفس الحديث

علم نفس الشواذ

تأليف

شيلدون كاشدان

ترجمة

الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة

مراجعة

الدكتور محمد عثمان نجاتي

دار الشروق



علم نفس الشّواذ

الطبعة الثانية

١٤٠٤هـ - ١٩٨٤م

© دار الشروق

بيروت : ص.ب : ٨٠٦٤ - هاتف : ٣١٥٨٥٩ - ٣١٥١٠١ - برقياً : داشروق - تلكس : SHOROK 20175 LE
القاهرة : ١٦ شارع جواد حسني - هاتف : ٧٧٤٨١٤ - ٧٧٤٥٧٨ - برقياً : شروق - تلكس : 93091 SHROK UN
SHOROUK INTERNATIONAL: 310/318 REGENT STREET, LONDON W1, UK, TEL: 837 2743/4, TELEX: SHOROK25778G


بسم الله الرحمن الرحيم



مكتبة أصول علم النفس الحديث
بإشراف الدكتور محمد عثمان نجاتي



تأليف
شيلدون كاشدان

ترجمة
الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة
أستاذ علم النفس بجامعة الأزهر
وجامعة الرياض

مراجعة
الدكتور محمد عثمان نجاتي
استاذ علم النفس بجامعة القاهرة
وجامعة الكويت

دار الشروق

هذا الكتاب ترجمة لكتاب

Sheldon Cashdan, **Abnormal Psychology**, 2nd edition, Englewood Cliffs,
New Jersey: Prentice - Hall, Inc, 1972

مكتبة أصول علم النفس الحديث

إن النمو الهائل لعلم النفس والتحامه المتزايد مع العلوم الاجتماعية والبيولوجية قد جعل من الضروري البحث عن أساليب جديدة لتعليمه في المستويات الأولى من التعليم الجامعي. ولم نعد بعد نشعر بالرضا عن المقرر الأساسي التقليدي الذي يُكَيّف عادة لكتاب واحد يحاول أن يعرض كل شيء عرضاً خفيفاً يضحي بالعمق في سبيل الشمول. إن علم النفس قد أصبح متعدد النواحي بحيث لم يعد من المتيسر لأي شخص واحد، أو عدد قليل من الأشخاص، أن يكتبوا فيه عن تمكن تام. والبديل الآخر لذلك وهو الكتاب الذي يهمل ميادين كثيرة رئيسية في سبيل عرض ناحية أو وجهة نظر معينة في علم النفس عرضاً أكثر شمولاً وفعالية هو أيضاً غير كافٍ، لأن في هذا الحل لا يُعرض كثير من الميادين الرئيسية على الطالب إطلاقاً.

إن مكتبة أصول علم النفس الحديث كانت المحاولة الأولى في إصدار مجموعة من الكتب الصغيرة الحجم التي تتناول موضوعات أساسية مختلفة،

يكتب كلًا منها عالم متخصص كفء. ثم أخذ هذا الاتجاه في التأليف في علم النفس يتزايد بعد ذلك. ولقد كنا متأثرين في إصدار هذه السلسلة من الكتب بفكرة تزويد القائمين بتدريس المقررات العامة في علم النفس بمادة تكون أكثر مرونة من المادة الموجودة في الكتب الحالية الكبيرة ذات الطابع الموسوعي، وعرض موضوع واحد في كل كتاب عرضاً أكثر عمقاً مما لا يتوفر في كتب المداخل التي لا تفرد لهذه الموضوعات عادة حيزاً كبيراً.

إن أول كتاب في هذه المكتبة ظهر عام ١٩٦٣، وآخرها ظهر في عام ١٩٦٧. ولقد بيع من هذه الكتب أكثر من ربع مليون نسخة مما يشهد على استخدام بعض كتب هذه المكتبة ككتب إضافية، واستخدم بعضها كالكتاب المقرر في كثير من مقررات المرحلة الأولى الجامعية في علم النفس، والتربية، والصحة العامة، وعلم الاجتماع. كما استخدمت مجموعة من كتب هذه المكتبة ككتب مقررة في المقررات التمهيدية في علم النفس العام في المرحلة الأولى الجامعية. وقد ترجم كثير من هذه الكتب إلى ثماني لغات هي الهولندية، والعبرية، والإيطالية، واليابانية، والبولندية، والبرتغالية، والإسبانية، والسويدية.

ولوجود اختلاف كبير في زمن نشر هذه الكتب، ونوع محتوياتها فإن بعضها يحتاج إلى مراجعة، بينما بعضها الآخر لا يحتاج إلى ذلك. ولقد تركنا اتخاذ هذا القرار إلى مؤلف كل كتاب فهو الذي يعرف جيداً كتابه من حيث علاقته بالوضع الحالي للميدان الذي يتناوله الكتاب. وسيظل بعض هذه الكتب بدون تغيير، وبعضها سيعدل تعديلاً طفيفاً، وبعضها سيعاد كتابته كلية. ولقد رأينا أيضاً في الطبعة الجديدة لهذه المكتبة أن يحدث بعض التغيير في حجم بعض الكتب وفي أسلوبها لتعكس بذلك الطرق المختلفة التي استخدمت فيها هذه الكتب كمراجع.

لم يكن هناك من قبل على الإطلاق اهتمام شديد بالتدريس الجيد في كلياتنا وجامعاتنا كما هو موجود الآن. ولذلك فإن توفير الكتب القيمة والمكتوبة جيداً والمثيرة للتفكير والتي تلقي ضوءاً على البحث المتواصل المثير عن المعرفة يصبح متطلباً أساسياً. ويصبح ذلك ضرورياً على وجه خاص في مقررات المرحلة الأولى الجامعية حيث يجب أن تكون في متناول يد عدد كبير من الطلبة

كتب تمدهم بقراءات مناسبة. إن مكتبة أصول علم النفس الحديث تمثل محاولتنا المستمرة لتزويد مدرِّسي الكليات بالكتب المقررة التي يمكننا تأليفها.

ريتشارد س. لازاروس
(المشرف على إصدار المكتبة باللغة الانجليزية)



المحتويات

تصدير الطّبعة العربيّة

إن الاضطرابات السلوكية أو الأمراض النفسية والعقلية ليست وليدة العصر الحديث بحضارته المعقدة، وإنما توجد كثير من الأدلة التاريخية على معاناة البشرية من الأمراض النفسية والعقلية منذ العصور الأولى للتاريخ. غير أن نظرة الناس إلى هذه الأمراض، وتفسيرهم لها، وطرق علاجهم للمصابين بها قد تناولها كثير من التغيّر على مرّ العصور.

لقد كان الناس في العصور الأولى من تاريخ البشرية يفسرون الأمراض النفسية والعقلية على أساس وجود أرواح شريرة تدخل الجسم وتسبب اضطراب وظائفه النفسية والعقلية. ولذلك كان المصابون بالأمراض النفسية والعقلية يودعون في العادة في غياهب السجون، وينظر إليهم باعتبارهم سحرة، ويتعرضون للاضطهاد والتعذيب، ويعالجون أحياناً على أيدي رجال الدين بالصلوات والأدعية وتناول المشروبات السحرية، ويحكم عليهم في كثير من الأحيان بالموت حرقاً.

وإلى جانب هذا النموذج الشيطاني في تفسير الأمراض النفسية والعقلية، بدأ يظهر منذ القرن الرابع قبل الميلاد النموذج الطبيعي في تفسير هذه الأمراض بفضل أبقراط Hippocrates، ومن بعده جالينوس Galen اللذين اعتبرا الأمراض النفسية والعقلية، مثل سائر الأمراض البدنية الأخرى، إنما تنشأ عن علل طبيعية في الجسم، هي عبارة عن زيادة في الأخلاط، ولا تنشأ عن أرواح شريرة كما كان يظن غالبية الناس في ذلك الوقت. غير أن هذا النموذج الطبيعي في تفسير المرض النفسي والعقلي لم يستطع أن يتغلب على النموذج الشيطاني الذي كانت له الغلبة بفضل نفوذ الكنيسة القوي خلال العصور الوسطى، وقد كانت الكنيسة تؤيد النموذج الشيطاني في تفسير المرض النفسي والعقلي.

ثم بدأت تظهر في القرن السادس عشر بعض الأصوات احتجاجاً على النظرية الشيطانية وعلى المعاملة القاسية التي كان يتعرض لها المصابون بالأمراض النفسية والعقلية. وكان جوهان ويير Johan Weyer الطبيب الألماني من أقوى هذه الأصوات، وكانت آراؤه المعارضة للنظرية الشيطانية ومحاولته العلمية في تفسير أسباب الأمراض النفسية والعقلية بداية انطلاقة جديدة للنظرية الطبيعية في تفسير الأمراض النفسية والعقلية وظهور حركات الإصلاح الطبية والاجتماعية.

ففي آواخر القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر قام فيليب بينل Phillippe Binel الطبيب الفرنسي بفك المرضى العقليين من نزلاء مستشفى بيستر Bicetre ومستشفى السالبتريير Salpetriere من الأغلال، ونادى بمعاملتهم معاملة إنسانية تحفظ لهم كرامتهم. وكان لذلك أثره الطيِّب في تحسين حالة المرضى.

ثم بدأت تظهر خلال القرن التاسع عشر نظريتان في تفسير السلوك الشاذ، النظرية العضوية والنظرية النفسية. أما النظرية العضوية فهي تردُّ السلوك الشاذ إلى أسباب عضوية انحصرت في أمرين هما تلف في الأنسجة أو اختلال كيميائي في المخ. وقد يحدث هذان الأمران نتيجةً لعيب وراثي، أو اختلال في وظائف الغدد الصماء، أو التلوث. وأما النظرية النفسية فتردُّ السلوك الشاذ إلى التعلم المنحرف، أي تعلم أنماط منحرفة من السلوك. وأخذت هاتان النظريتان تتصارعان في كل من ألمانيا وفرنسا خلال القرن التاسع عشر في تفسير كل من الفصام والهستيريا، مما زودنا بمعلومات هامة كان لها أثر كبير في تقدم الطب العقلي.

كانت المدرسة الألمانية تؤيد النظرية العضوية. وكان من أشهر شخصياتها إميل كرايبيلين Emil Kraeplin الذي وضع أول تصنيف شامل دقيق للأمراض العقلية لا يزال يرجع إليه الأطباء العقليون وعلماء النفس في عصرنا الحالي. ثم أخذ يوجين بلولر Eugen Bleuler الطبيب السويسري ابتداء من القرن العشرين يعارض المنحى العضوي لكرايبيلين، وقد وضع تقسيمًا سيكولوجياً للفصام على خلاف التفسير العضوي الذي قال به كرايبيلين. وبذلك مهد بلولر لظهور المدرسة النفسية في تفسير المرض العقلي.

أما في فرنسا فكان شاركو Charcot مؤيداً للنظرية العضوية، وكان يرى أن الهستيريا مرض بيولوجي أو عصبي، بينما كان برنهايم Bernheim، على العكس، يؤيد النظرية النفسية ويفسر الهستيريا تفسيراً سيكولوجياً، وهو تفسير يؤكد دور القابلية للإيحاء. وقد انتهى الأمر في هذا الصراع بين كل من شاركو وبرنهايم إلى انتصار وجهة نظر برنهايم مما ساعد على تفوق النظرية النفسية في تفسير المرض النفسي والعقلي.

وكان من بين من تأثر بدراسات شاركو وبرنهايم في مرض الهستيريا الطبيب النمساوي المشهور سيجمند فرويد Sigmund Freud مؤسس مدرسة التحليل النفسي. أخذ فرويد، بالتعاون مع زميله جوزيف بروير Joseph Breuer، يعالج المرضى بالهستيريا باستخدام التنويم المغناطيسي، وألَّفا معاً كتاب دراسات في «الهستيريا» الذي يعتبر بداية لظهور مدرسة التحليل النفسي في علاج السلوك الشاذ.

ولكن سرعان ما اختلف فرويد وبروير مما أدى إلى انفصالهما، غير أن فرويد قد استمر في بحوثه ودراساته التي أسست مدرسة التحليل النفسي التي ترى في التعلم، نتيجة لما يتعرض له الطفل من خبرات، الأساس في السلوك الشاذ. وفي نفس الوقت الذي كان يجري فيه فرويد دراساته في علاج الأمراض النفسية باستخدام أساليب التحليل النفسي، كان إيفان بافلوف Invan Pavlov الفسيولوجي الروسي يجري تجاربه على الإشراط، مما بيّن أهمية التعلم في تعديل السلوك. وقد أدت دراسات كل من فرويد مؤسس المدرسة النفسية الداخلية، وبافلوف مؤسس المدرسة السلوكية إلى تفوق المدرسة النفسية على المدرسة العضوية في تفسير السلوك الشاذ ابتداءً من مطلع القرن العشرين. وبينما كانت

المدرسة النفسية الداخلية تردُّ الأمراض النفسية والعقلية إلى الصراعات الداخلية في أعماق شخصية الإنسان، وترى في الأعراض مظاهر سطحية تدل على اختلال عميق في الشخصية، كانت المدرسة السلوكية تردُّ الأمراض النفسية والعقلية إلى عادات سلوكية غير توافقية تعلمها الإنسان نتيجة لظروف معينة ساعدت على تدعيم هذه العادات السلوكية غير التوافقية.

وبعد هذا العرض السريع لنشأة علم نفس الشواذ وتاريخ تطوره، وهو ما يتناوله المؤلف في الفصل الأول من هذا الكتاب، يقوم المؤلف في الفصل الثاني بعرض أنواع العُصاب والاضطرابات السوسيوباتية والذُهان. أما فيما يتعلق بأنواع العصاب، فيتكلم المؤلف في شيء من التفصيل عن الأنواع الثلاثة الرئيسية للعصاب، وهي عصاب القلق، والعُصاب الوسواسي القهري، والعُصاب الهستيري، ويشرح أعراضها، ويفسر أسبابها. وقد بينّ المؤلف في هذا الصدد كيف أن القلق يلعب الدور الأساسي في نشوء العصاب، وأن الأعراض العصابية تمثل الأساليب التي يحاول الفرد بها تناول القلق والسيطرة عليه أو تجنبه.

وفيما يتعلق بالاضطرابات السوسيوباتية فيشرح المؤلف صوره الرئيسية الثلاث وهي الجناح المزمن، والاعتماد على العقاقير، والانحرافات الجنسية، محاولاً تفسيرها على أنها تحدث نتيجة لعجز في تعلم السلوك السويّ بسبب قصور في النمو الخُلقي. والجانحون هم، على وجه عام، أشخاص يتميزون بعدم الاكتراث بالأعراف والقوانين والآداب العامة، وعدم الاستفادة من الخبرات والتجارب السابقة، وعدم الإحساس بالندم أو الشعور بالذنب. والمدمنون على العقاقير أشخاص يتميزون، بوجه عام، بضعف القدرة على إطاقة الإحباط، وبالاتكالية وكثرة الاعتماد على الغير في مدهم بالرعاية والتأييد. فإذا فشلوا في الحصول من الغير على ما يحتاجون إليه من رعاية لجأوا إلى تعاطي العقاقير. والمنحرفون الجنسيون أشخاص يتخذ سلوكهم الجنسي صوراً شاذة غير مقبولة من المجتمع، سواء كان هذا الشذوذ في اختيار الموضوع الجنسي كالجنسية المثلية، أو في وسائل الإشباع الجنسي كالاستعراض exhibitionism، والنظر الجنسي voyeurism.

ثم يتعرض المؤلف بعد ذلك لشرح الاضطرابات الذهانية التي تتميز

بالاختلال الشديد في الوظائف الشخصية والاجتماعية، والتي يستدل عليها عادة بمجموعة من العوامل هي الاضطراب في اللغة والتفكير، واختلال الوجدان، والانسحاب الاجتماعي، والهذاءات، والهلاوس. ويتناول المؤلف بالشرح ذهان الاكتئاب، وذهان الهوس، وذهان الفصام، ويصف كلًا منها وصفاً دقيقاً مبيِّناً الأعراض المختلفة التي يتميز بها كل منها. ويشير إلى أن ذهان الاكتئاب يتألف من عدد من الأعراض هي مشاعر الذنب، والمعتقدات الباطلة (الهذاءات)، ووجدان الاكتئاب، والتفكير في الانتحار. يتميَّز ذهان الهوس بحالة مفرطة من الإنتشاء والحيوية والنشاط، كما يظهر فيه أيضاً الهذاء، وخاصة هذاء العظمة، والتطرف في الوجدان. ويتميَّز ذهان الفصام بعدد من الأعراض هي الانسحاب من الاتصالات الاجتماعية، وتبلّد الوجدان، واختلال اللغة والتفكير والإدراك الحسي، والهذاءات، والهلاوس. وقد تناول المؤلِّف ذهان الفصام في شيء من التفصيل، وأفرد له فصلاً خاصاً هو الفصل الثالث، ناقش فيه وجهات النظر السيكولوجية والبيولوجية والاجتماعية في تفسير نشأة الفصام، وأورد كثيراً من الدراسات التي أجراها الباحثون المؤيدون لوجهات النظر المختلفة هذه.

ثم تناول المؤلِّف في الفصل الرابع وجهات نظر المجتمع نحو المرض العقلي، وطريقة معاملة المجتمع للمريض العقلي، فناقش في هذا الصدد مستشفيات الأمراض العقلية وخاصة في أمريكا، ونقد أساليبها العتيقة في العناية بمرضى العقول وعلاجهم الذي يغلب عليه العلاج بالصدمات الكهربائية والعقاقير والجراحة، والذي يندر فيه العلاج النفسي. وأشار المؤلِّف إلى الاتجاه الحديث الذي ينادي بالمستشفيات «المفتوحة». إلا أن التغيرُّ الذي أحدثه هذا الاتجاه الحديث في علاج مرضى العقول لا يزال قليلاً غير ذي أهمية كبيرة.

وناقش المؤلِّف أيضاً في الفصل الرابع علاقة المحاكم بالمريض العقلي سواء في إصدار الحكم بإيداعه أحد المستشفيات العقلية، أو في محاكمته لارتكابه جريمة وتحديد عدم أهليته للمحاكمة أو الدفع بفقدانه القوى العقلية. وأشار إلى كثير من أوجه القصور في تناول القضاء لأمور مرضى العقول مما يلحق بهم كثيراً من الأضرار.

وناقش المؤلف أيضاً رأي الجمهور في المرض العقلي، وأشار إلى أن إحدى الدراسات التي أجريت في أمريكا بيَّنت أن معظم الناس ينظرون إلى مريض

العقل في شيء من الخوف وعدم الثقة، إذ أنهم يرونه شخصاً خطيراً لا يمكن التنبؤ بتصرفاته، كما أنهم يرونه شخصاً عديم القيمة. ولذلك، نجد أن مريض العقل يواجه في الواقع موقفاً صعباً في تعامله مع الناس. ثم أن نظرة الجمهور إلى مريض العقل التي تقوم على التحقير والرفض إنما توضح أن ما يلقاه مريض العقل من الإهمال وسوء المعاملة سواء في مستشفى الأمراض العقلية أو المحاكم إنما تعكس وجهة نظر المجتمع عامة إلى مريض العقل.

وقد بدأت في السنوات الأخيرة محاولات لتصحيح رأي الجمهور في المرض العقلي، ولتحسين الأوضاع القائمة بمستشفيات الأمراض العقلية، ولإنشاء وحدات سيكياترية ملحقة بالمستشفيات العامة لتقديم العلاج المتعمق، والإيداع قصير المدى في هذه المستشفيات لسكان البيئة المحلية، ولإنشاء مراكز البيئة المحلية للصحة العقلية لعلاج المرضى من سكان البيئة المحلية. وقد كانت لهذه المحاولات نتائج مشجعة. وقد قام المؤلف باستعراض سريع وواضح ودقيق لهذه الاتجاهات الجديدة.

وموضوع العلاج النفسي من الموضوعات الهامة التي يجب أن يتناولها أي كتاب في علم نفس الشواذ. ولقد تناول المؤلِّف هذا الموضوع في الفصل الخامس والأخير من الكتاب. وللعلاج النفسي مناهج كثيرة مختلفة يمكن تصنيفها إلى مناهج فردية ومناهج جماعية.

ويتضمن العلاج النفسي الفردي عدداً من الأساليب المختلفة التي يؤكد بعضها على تغيير شخصية المريض، وذلك بمساعدته على أن يرى نفسه والعالم في ضوء جديد؛ بينما يؤكد بعضها الآخر على إزالة العَرَض وتعديل العادات غير التوافقية. ويمثل المجموعة الأولى من مناهج العلاج التحليل النفسي، والعلاج الموجِّه. ويمثل المجموعة الثانية العلاج السلوكي. ويشرح المؤلِّف في شيء من التفصيل مناهج العلاج الفردي، فيتكلم عن طريقة التحليل النفسي في العلاج، ويتناول أثناء شرحه بعض المفاهيم الأساسية للتحليل النفسي مثل الكبت، والتثبيت، والتنفيس، وعصاب التحويل. كما يتكلم أيضاً عن العلاج التحليلي analytic therapy، وهو أحد الأنواع المتفرعة من التحليل النفسي، ويبينٍّ أوجه الاختلاف بينه وبين العلاج القائم على التحليل النفسي التقليدي لفرويد. كما يتكلم أيضاً عن العلاج الموجِّه directive therapy الذي يعتمد على نظرية التواصل الفكري الإنساني، ويشرح طريقته في العلاج. كما يتكلم عن العلاج السلوكي الذي يعتمد أساساً على نظرية التعلم التي وضع أصولها

بافلوف. والعلاج السلوكي ينظر إلى الأعراض على أنها متعلمة، وهي، ككل العادات المتعلمة، يمكن أيضاً تعلم التخلي عنها. ويشير إلى نوعين من العلاج السلوكي، الأول يؤكد على العملية الشرطية التقليدية ويمثلها أسلوب العلاج الذي يعرف بالعملية المنظمة لإزالة الحساسية والذي ابتكره جوزف ولبى Joseph Wolpe، والثاني يؤكد على استخدام الأساليب الإجرائية التي تعتمد على المبادىء التي وضعها سكنر Skinner.

ثم ينتقل المؤلف بعد ذلك إلى استعراض الأساليب الجمعية والبيئية في العلاج النفسي، فيشرح العلاج النفسي الجمعي الذي يقوم أساساً على التغيّر أو التعلم الذي يحدث نتيجة التفاعل بين المريض وزملائه من المرضى الذين يجتمع معهم بانتظام، وكذلك التفاعل الذي يحدث أيضاً بين المريض والمعالج. كما يتناول المؤلف أيضاً العلاج الجمعي العائلي الذي يتناول علاج الأسرة المضطربة. كما يشير إلى بعض الاتجاهات الجديدة في العلاج النفسي الجمعي التي تسمى بأسماء مختلفة مثل جماعات الحساسية أو المواجهة أو الجشطلت، والتي تقدم للأفراد الذين ينضمون إليها إمكانية المساندة في مدة زمنية قصيرة نسبياً بالمقارنة بأساليب العلاج النفسي الجمعي في الجماعات التقليدية التي أشرنا إليها سابقاً والتي تمتد عادة لفترة أطول، وذلك عن طريق التعبير عن الانفعالات تعبيراً مباشراً غير مقيد، والإفصاح عن الذات بصراحة وأمانة. وينتهي المؤلِّف بالإشارة إلى اتجاهات جديدة نحو الاهتمام بالوقاية من السلوك الشاذ ومحاولة التدخل أثناء حدوث الأزمات لمنع حدوث السلوك الشاذ أو المنحرف.

لقد وفق المؤلِّف كثيراً في عرضه لتاريخ وموضوعات علم نفس الشواذ في إيجاز وفي أسلوب واضح ودقيق مما جعل كتابه من المراجع المفيدة لمن يريد أن يدرس علم نفس الشواذ من الطلّاب المتخصصين في علم النفس، أو من طلّاب العلوم الأخرى المتصلة بعلم النفس كعلم الاجتماع، والخدمة الاجتماعية، والخدمة الاجتماعية السيكياترية، والتربية.

وقد وفق الزميل الأستاذ الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة في ترجمته لهذا الكتاب ترجمة دقيقة وبأسلوب بليغ واضح. فله جزيل الشكر على المجهود الكبير الموفّق الذي بذله في ترجمة هذا الكتاب هذه الترجمة الدقيقة.

١٩٧٧/٣/٣١ — محمد عثمان نجاتي



تصدير المؤلف

إن عالم سيكولوجية الشواذ عالم مثير للاهتمام، وغامض، ومثير للتحدي، وهو فضلاً عن ذلك كثير التعقيد. وليس السبب في تعقيده راجعاً فقط إلى طبيعة موضوعه ـ السلوك الإنساني المضطرب ـ وإنما لأن هناك كثيراً من وجهات النظر المختلفة التي يمكن بها تناوله. إن الانطباعات الذاتية للمريض العقلي، والنتائج الأمبيريقية للباحث، والخبرة الإكلينيكية للمعالج النفسي إنما تؤدي كلها إلى استبصارات فريدة حول طبيعة الظواهر المرضية.

وهذا الكتاب التقديمي إنما يؤكد على الموضوعات التي توضح أحسن توضيح ما تسهم به كل واحدة من وجهات النظر المختلفة. ولقد نوقشت هذه الموضوعات ضمن سياق النماذج المختلفة للسيكوباثولوجيا، حتى يمكن أن نمد الطالب المبتدىء بوسيلة لتنظيم المادة المتنوعة في هذا الميدان. وآمل أن أستطيع أن أجعل القارىء يقدر الطرق المختلفة التي يمكن بها فهم السلوك الشاذ حق قدرها، كما آمل أيضاً أن أمد الطالب بأساس مفهومي للدراسة المستقبلية.

وأود أن أنتهز هذه المناسبة لأعبر عن تقديري لسيمور إيبستاين Seymour Epstein ونورمان وات Norman Watt لقراءة أجزاء من أصول الكتاب، ولتقديم اقتراحات قيمة. كما أقدم أيضاً جزيل شكري إلى ريدنا إياسكون Ridna Iascone، وبيتي سينك - مارسBetty Cinq - Mars اللتين بذلتا بسخاء جزءاً كبيراً من وقتهما في سبيل الإعداد الفني لأصول الكتاب. كما أنني مدين بالشكر على وجه خاص لريشارد لازارس Richard Lazarus المشرف على إصدار هذه السلسلة. فقد كان دائمًا قادراً على إقناعي، عن طريق التشجيع المخلص والنصح الناقد، إنني أستطيع أن أعمل أحسن عندما كنت أعتقد أنني قدمت أحسن ما أستطيع.

شيلدون كاشدان

الفصل الأول

نماذج للسلوك الشاذ

«الكراهية والاحتقار هي ما أشعر به نحو نفسي». بهذه الكلمات بدأ تشارلز م علاجه النفسي. كان مهندساً معمارياً قديماً ناجحاً في الخامسة والأربعين من عمره يعمل في شركة كبيرة للإنشاءات. وكان يلتمس العلاج من خوف من المرتفعات أصابه بالعجز، بل وبدأ خلال الشهور الأخيرة يتدخل تدخلاً خطيراً في عمله. وعلى الرغم من أن السيد م كان يتمكن في الماضي من إنقاص قلقه إلى أقل درجة عن طريق تجنب المرتفعات، إلا أنه قد بدأ يجد ذلك أمراً يزداد صعوبة. كانت شركته قد تعاقدت حديثاً على بناء سلسلة من العمارات السكنية الكبيرة، وطلبت إليه أن يشرف على إنشائها. وتطلّب منه هذا أن يقوم بعمليات تفتيش دورية، وهي عملية تتضمن الانتقال إلى الطوابق العليا باستخدام مصعد مفتوح. وأصبح مجرد التفكير في هذه العملية يؤدي إلى تنفس ضحل، وعرق بارد، وإلى مشاعر الفزع والاضطراب. وفي سبيل تجنب هذا التكليف لجأ السيد م إلى عدد من المعاذير المعقدة، بل إنه ادعى المرض في عدة مناسبات من أجل أن يتجنب القيام بعمليات التفتيش. وفي عجز عن أن يفهم أساس مشكلته، وخجل من أن يضطر إلى الاستمرار في خداع زملائه، لجأ إلى العلاج على أمل أن يجد حلاً لما أصابه.

وأما نيل س، وهو ابن رجل ثري من رجال الأعمال، فكان مراهقاً جذاباً يتمتع بشعبية كبيرة بين أقرانه. وكان له وهو في السنة الثالثة من المدرسة الثانوية سيارة خاصة، كما كان يتقاضى مصروفاً سخياً. لكنه مع ذلك، وخلال الشهور الأخيرة، قام بسرقة سيارتين وبتزوير عديد من الصكوك. أما السيارات فكان يتخلى عنها ويتركها بمجرد سرقتها، وأما المال الذي كان يحصل عليه من تزوير الصكوك فكان يتبدد هباء. وفي كثير من هذه الحوادث كانت السلطات تلقي القبض على نيل، ثم يدركه أبوه بماله من نفوذ فينقذه من أن يصدر عليه حكم بالسجن. ثم إن الاستعراض السريع لماضي نيل يكشف لنا عن سلسلة من العمليات الطائشة الخطيرة غير المعقولة. فقد اشترك مرتين في مطاردات سريعة بالسيارة بعد أن رفض الوقوف لمخالفات مرور بسيطة. وفي مناسبة أخرى كاد يتعرض لإطلاق الرصاص عليه. وقد حدث هذا حين قام على سبيل المزاح بإلقاء بعض مفرقعات الأطفال تحت سيارة مدرعة، فوجد نفسه فجأة وقد واجهه الحراس الذين شهروا في وجهه أسلحتهم النارية. وعلى الرغم من نتائج عملياته الطائشة هذه، فإن نيل يعود دائماً إلى نفس النمط، من غير أن يتأثر تقريباً بخبراته.

وأما ماري ل وهي فتاة في السنة الثانية من إحدى الكليات الجامعية كانت قد عولجت من قبل في وحدة الأمراض العقلية الطلابية، فكانت متاعبها ترجع إلى السنة الأولى الجامعية. ذلك أنها بمجرد أن التحقت بالكلية وجدت نفسها تصبح قلقة جداً من غير أن تتمكن من تحديد السبب. وبالإضافة إلى ذلك، كانت كثيراً ما تخبر شعوراً غامضاً بأن الأمور ليست كما ينبغي تماماً. كانت خططها تبوء بالفشل دائماً، وكانت تتشكك في أن الناس يغتابونها. ومع ذلك لم تكن ماري تستطيع أن تضع إصبعها بالدقة على ما يجري. وفجأة، وفي سنتها الثانية بالجامعة بدأت الخبرات الغريبة التي تخبرها ماري يصبح لها معنى. اكتملت أجزاء الصورة عندما أدركت ماري أن مجموعة صغيرة من الأساتذة الأقوياء تدعى «المجلس»، تستخدمها في السر بمثابة خنزير غينياً في تجربة هامة. واقتنعت ماري أن هؤلاء الأساتذة لم يكتفوا بانتقاء مقرراتها الدراسية، ولكنهم جعلوا هذه المقررات من الصعوبة بدرجة خاصة من أجل أن يختبروا قوة تحملها وذكاءها. وتمشياً مع خطتهم العامة، كانت إجاباتها في الامتحانات تتعرض للفحص الدقيق، ثم تزداد صعوبة الامتحانات التالية. لذلك كانت ماري على

يقين من أن غرفتها في القسم الداخلي (أو مساكن الطلاب) كانت مزودة بأجهزة التجسس، ومن أن أدوات التصوير الخفية الخاصة بدائرة تليفزيونية مغلقة كانت ترصد كل حركاتها. وعلى حين أن ماري شعرت في أول الأمر بالضيق، إلا أنها عادت فحاولت أن تدخل السرور إلى قلب المجلس بأن تجتهد يائسة من أن ترتفع إلى المستويات التي يتطلبها، ثم سرعان ما أصابها الإعياء، وبدأ عملها المدرسي يتأثر، حتى انتهى الأمر بتحويلها إلى وحدة الصحة العقلية على يد إخصائي التوجيه الخاص بالقسم الداخلي (أو المدينة الجامعية).

السلوك الذي نجد وصفه في دراسات الحالات السابقة، وإن كان محيراً وفي بعض الأحيان غريباً، ليس بالسلوك غير الشائع. بل إن كل واحد من الناس تقريباً ليعلم عن صديق أو قريب أنه قد عالجه أحد الإخصائيين النفسيين أو أطباء الأمراض العقلية؛ كما أن أكثرنا يعرف شخصاً سبق له أن قضى فترة من الوقت في مستشفى للأمراض العقلية. كما أن الاستخدام الواسع لعبارة «الانهيار العصبي» يعكس انتشار المرض العقلي في المجتمع الأمريكي.

ومع ذلك، فإن المرض العقلي ليس خاصاً بحضارتنا وحدها أو بعصرنا هذا وحده. فقد عرفت البشرية المرض العقلي لعدة آلاف من السنين، كما أن البشرية نظرت إليه على عدة أنحاء. ذلك أن الناس الذين كانوا يسلكون سلوكاً شاذاً تعرضوا على مجرى التاريخ، في وقت أو آخر، للعزل والتعذيب وأحياناً للقتل؛ كما نجد أن سلوكهم لم يكن ينظر إليه على أنه نوع من المرض العقلي، بل على أنه نوع من سوء الخلق أو الهرطقة أو أعمال السحر. أما اليوم فإننا نتحدث، بدلاً عن ذلك، عن «الاختلالات العقلية»، «والاضطرابات الانفعالية»، وننظر إلى المصابين على أنهم أفراد من منكودي الحظ لا بد من علاجهم ومساعدتهم بدلاً من تعذيبهم والسخرية منهم. أي أن وجهات نظرنا الحالية في السيكوباثولوجيا تبدو أكثر إنسانية وتقدماً من وجهات النظر القديمة.

ولكن هل هذا صحيح؟ ترى كيف ننظر اليوم إلى المرض العقلي؟ وكيف ينظر جمهور الناس إلى تلك الظاهرة الغريبة والمخيفة أحياناً والتي تقع في طائفة السلوك الشاذ؟ إن الفحص العابر يبينّ لنا أن أكثر الناس، وإن كانوا قد عرفوا أو سمعوا بواحد من الناس أصيب «بالانهيار»، إلا أن قليلاً جداً منهم من يستطيع أن يدعي أنه كانت له صلة واسعة عميقة بالمرضى العقليين. ولذلك

كان من الواجب أن نستمد وجهة نظر الجمهور في المرض العقلي من شيء آخر غير الخبرة الشخصية، كما أن التحليل الوثيق يوحي بأن آراءنا الحالية، الإيجابي منها والسلبي، تضرب بجذورها في مزيج من الحقائق والأساطير الشعبية. ولذلك كان من الواجب، إن أردنا أن نحسن التعرف على مفاهيمنا الحالية عن الاختلالات العقلية، أن نتوجه إلى تاريخ علم نفس الشواذ.

إننا نجد عند كل نقطة من نقاط التاريخ الإخصائيين الفنيين والعامة قد حاولوا فهم السلوك الغريب المحيِّر. وكان من شأن هذا أن يؤدي بالضرورة إلى محاولات لتسمية مثل هذا السلوك، وللكشف عن أسبابه، ولعلاجه. ونحن إذا نظرنا إلى هذه الأفكار عن تحديد المرض العقلي وأسبابه وعلاجه لوجدناها تكون نوعاً من النموذج عن السلوك الشاذ. ولهذا فإن رحلتنا إلى العصور الماضية سوف تركز على هذه النماذج مع التفات خالص إلى التغييرات التي طرأت عليها خلال السنين. كذلك سوف نبينٌ، ونحن نقوم بهذا، كيف تنشأ النماذج المختلفة، وكيف أن كل واحد من هذه النماذج يولد منحى فريداً خاصاً من مناحي العلاج النفسي.

النماذج الشيطانية في مقابل النماذج الطبيعية:

النموذج الشيطاني للسلوك المنحرف يرتكز على الاعتقاد بأن هناك عوامل غامضة قادرة على أن تؤثر في سلوك الإنسان تأثيراً ملحوظاً. أما الأرواح الخيرة فيظن بها أنها تكمن وراء التصرفات الإيجابية، على حين أن الأرواح لشريرة مسؤولة عن الأحداث السلبية. ولعل الاعتقاد بأن السلوك الغريب لا بد أن ينتج عن عوامل شديدة القوة غير معروفة، إنما يمثل المحاولة الأولى التي قامت بها الإنسانية لتفسير المرض الجسمي والعقلي.

وأما النموذج الطبيعي، فإنه، على العكس من ذلك، يردُّ مصدر السلوك المنحرف إلى داخل الجسم وإلى عمليات جسمية تحدث بطريقة طبيعية. فالسلوك الشاذ، بحسب هذا النموذج، يرتبط بنوع شاذ من وظائف الجسم. أي أن النموذج الطبيعي هو المقابل المباشر للمذهب الشيطاني. وفي الصفحات التالية سوف نصور كيف أن المحاولات المبدئية التي قامت بها الإنسانية لفهم السلوك الشاذ كانت مرتبطة بصفة جزئية بأنواع الاقتتال على السيطرة بين النموذجين.

الآراء القديمة:

في الأيام الأولى للبشرية أخفق الإنسان في التفرقة بين الاضطرابات الجسمية والعقلية. ليس هذا فحسب، بل إن الإنسان لم يكن عنده إلا القليل من الفهم للتكوين البيولوجي للجسم. ولعل جسم الإنسان كان ينظر إليه في عصور ما قبل التاريخ على أنه كيان متجانس بنفس الصورة التي ننظر بها إلى الأميبا اليوم. ولأن الإنسان البدائي كان يجهل تشريحه وجوانبه الفسيولوجية، تراه عجز عن أن يفسر السلوك الغريب على أساس من العوامل الطبيعية، وأنه نسبها، بدلاً من ذلك، إلى عوامل أو أرواح غريبة كان لها القدرة على أن تلج إلى الجسم على نحو ما.



شكل ١ ـ أداة أثرية على التربنة (Bettman Archive)

إن لدينا من الأدلة ما يشير إلى أن إنسان العصر الحجري لم يكتف بالإيمان بالأرواح الشريرة، بل حاول أن يفعل شيئاً من أجل استبعادها. فقد شوهدت في جماجم إنسان ما قبل التاريخ فجوات ثقبت بطريقة بدائية، فجوات تشير إلى عملية تعرف باسم التربنة. والظاهر أن التربنة كان يقصد بها السماح للأرواح الشريرة المحبوسة داخل الشخص بالهروب، وأنها تكوِّن واحدة من المحاولات الأولى التي قام بها الإنسان لعلاج المرض العقلي. هذه الصورة البدائية لجراحة المخ، إذن، هي البوادر التاريخية لتقنيات الجراحة النفسية التي استخدمت في علاج المرض العقلي في القرن العشرين.

أما ظهور المدنيات العبرية والإغريقية القديمة فلم تشهد إلا القليل من التقدم الملحوظ في تصور الإنسان عن السلوك الشاذ. والإنجيل يتضمن عدة إشارات إلى أنواع السلوك التي نرى فيها اليوم أمارات على اختلال الشخصية، والتي كان ينظر إليها عندئذٍ على أنها تأثير صوفي غامض. من ذلك، مثلاً، أن صول Saul كان يعاني من الاكتئاب والاندفاعات الانتحارية، وهي اضطرابات كان يظن أنها تتسبب عن أرواح شريرة يرسلها الله. كذلك يتضمن ليفيتيكوس Leviticus تلك العبارة المفزعة: «والشخص - رجلاً كان أو إمرأة - الذي تحل به روح مألوفة، أو الذي يكون ساحراً، إنما جزاؤه الموت.» (ليفيتيكوس ٢٠ : ٢٧). والعبارة الأخيرة هذه تعكس بداية التطيرُّ والخوف الذي كان يحيط بالمريض العقلي في أيام الإنجيل، كما أنها تزودنا بالسبب الذي من أجله كانت تحرق الساحرات في العصور الوسطى.

ولهذا فلا عجب إن علمنا أن أصحاب السلوك الشاذ كانوا يتركون ليهيموا في البرية أو يودعون في غيابة السجون؛ فإن ما يكون لدى الحضارة من تطير ومخاوف ينعكس دائمًا فيما نجده لديها من نبذ صريح واضطهاد نشط للأفراد الذين لا نستطيع لهم فهمًا. ومع ذلك، فقد كانت هناك بعض المحاولات على الأقل لفهم المريض العقلي وعلاجه. ففي الإغريق القديمة نشأت المعابد الإسكولابية Aesculapian temples التي اتخذت إسمها من إسم إله الشفاء عند الإغريق، وأصبحت مراكز طبية وملجأً للأشخاص المضطربين. وفي هذه المعابد كان الأطباء الذين هم أشبه برجال الكهنوت، يصفون للمرضى الراحة وتناول أدوية الشرب، ويقومون بتفسير الأحلام. لكن الخدمات من هذا النوع كانت

مع ذلك مقصورة على الخاصة من الناس، على حين أن من لم يكن يملك العلاج ظل يعالج بالطرق الرهيبة القديمة.

ثم تعرض النموذج الشيطاني لقدر متزايد من التهذيب والتفصيل بعد أن طلب إلى أعداد لا حصر لها من الأطباء والرسل ورجال الدين القيام بتفسير السلوك الشاذ. من ذلك إن بعض مرضى العقول رؤي أن لهم قدرات على الشفاء خاصة بهم، ولذلك عهد إليهم بعلاج الآخرين. كما بدأ أصحاب النظرية الشيطانية يفرقون تفرقة دقيقة بين أنواع حميدة وأخرى خبيثة من الاضطرابات. فالصرع، مثلاً، كان يظن أن له معاني صوفية طيبة، كما كان يشار إليه «بالمرض المقدس»، بل إنه ظل عدة مئات من السنين يعد أمارة على أن الله قد اختص الفرد برحمة لم يجعلها لغيره.

وفي سنة ٤٠٠ ق. م. تقريباً قام أبقراط Hippocrates أبو الطب يتحدى هذا الخليط من التطير والخلط حين كتب عن الصرع يقول:

«وهكذا يبدو لي أنه ليس أكثر قداسة أو أكثر ألوهية من سائر الأمراض الأخرى، وأن له سبباً طبيعياً ينشأ عنه، شأنه في ذلك شأن سائر العلل. ولو أنك فتحت الدماغ لوجدت المخ رطباً مليئاً بالعرق ذا رائحة كريهة. وبذلك ترى أنه ليس إلهاً ذلك الذي يؤذي الجسم، وإنما هو المرض».

وأبقراط حين نسب مصدر السلوك الشاذ إلى العمليات الفيزيقية في الجسم، يكون قد قام بمفرده تقريباً باستبعاده من نطاق الأرواح والشياطين. وبذلك ظهرت **النظرية الطبيعية** كبديل قوي للنموذج الشيطاني في المرض العقلي. وفيها ينسب مصدر السلوك المنحرف إلى عمليات الجسم الطبيعية بدلاً من نسبتها إلى ظواهر روحية.

كذلك أسهم أبقراط في نشأة علم نفس الشواذ عندما ميَّز بين الصرع، وحالات الاستثارة الفائقة (الهَوَس) وحالات الاكتئاب الفائقة التي سماها بالماليخوليا (Zilboorg and Henry, 1941). وقد ذهب كثيرون إلى أن تلك التفرقة التي قام بها تمثل التصنيف الأول nosology في ميدان علم نفس الشواذ. لكننا ينبغي أن ندرك مع ذلك أن أفكاره المتعلقة بأسباب المرض لم تكن على نفس الدرجة من التقدم التي كانت عليه تصنيفاته. فقد رأى أبقراط أن كل الأمراض ترجع إلى زيادة في **الأخلاط** وهي سوائل مزعومة كان يظن أنها تدور في داخل الجسم.

ثم قام طبيب روماني كبير يدعى جالينوس Galen ـ وكان يعيش فيها بين سنة ١٠٠ وسنة ٢٠٠ ق. م. ـ بترقية أفكار أبقراط. ذلك أن جالينوس ـ شأنه شأن أبقراط ـ أيَّد الرأي القائل بأن الاختلالات التي تطرأ على جهاز الأخلاط تؤدي إلى معظم علل الإنسان وأمراضه، كما كانت تحسيناته لنظرية الأخلاط من الدقة بحيث أنها سادت وانتشرت فترة تزيد على ألف سنة. وعلى الرغم من أن نظرية الأخلاط انتهى الأمر إلى التخلي عنها، إلا أنها جنحت إلى تأييد النموذج الطبيعي في المرض العقلي حين ردَّت سبب كل اختلالات الجسم إلى أسباب بدنية.

ثم كان موت جالينوس في سنة ٢٠٠ ق. م. مع انتشار المسيحية بمثابة تحول درامي. ذلك أن الكنيسة، بعد أن صارت أداة سياسية واجتماعية أكثر قوة وبأساً، حلت محل الطبيب في دور الوصاية على جسم الإنسان وروحه. ولذلك، ما لبثت الإنسانية أن تخلت عن النموذج الطبيعي في المرض العقلي.

آراء من العصور الوسطى:

عادت النظرية الشيطانية إلى الازدهار بعد أن تقوَّت تحت حماية العقائد الكنسية. وأصبحت رعاية المريض العقلي يعهد بها إلى أيدي القساوسة والرهبان، كما حلت الصلوات والتوبة محل العلاج الطبي، وأصبح السلوك الشاذ يتم تفسيره عندئذٍ على أنه من عمل الشيطان. وبحلول القرن الخامس صار السحر يوصم بأنه هرطقة، وأخذت مهمة الكنيسة تتحدد وتتضح: تحرير الإنسان من قوى الشيطان الخفية. وظهر من داخل الكنيسة مختصون بالشياطين مهمتهم التعرف على من سكنت الأرواح أجسادهم لتخليصهم من تأثير الشيطان.

وفي الجزء الأول من العصور الوسطى كانت المحاولات التي تبذل لطرد الأرواح الشريرة أو الشياطين محاولات لطيفة نسبياً، إذ كانت في معظمها تقوم على إقناع الشخص الذي به مس بأن يلمس الآثار الدينية، وأن يقرأ الأدعية، ويؤدي الصلوات، ويتناول المشروبات السحرية. ومن التعليمات الخاصة بإعداد مشروب سحري كان يظن أنه فعال إلى درجة فائقة مايلي:

«خذ خصية جدي ذبح منتصف ليلة الثلاثاء، وخلال الأيام السبعة الأولى من الشهر القمري، وخذ كذلك قلب كلب واخلطها بفضلات طفل حديث الولادة ثم قم بطحن هذا كله حتى يصير مسحوقاً، وتناول منه مقداراً مساوياً في حجمه لنصف زيتونة مرتين كل يوم.» (Roback, 1961, P. 215)

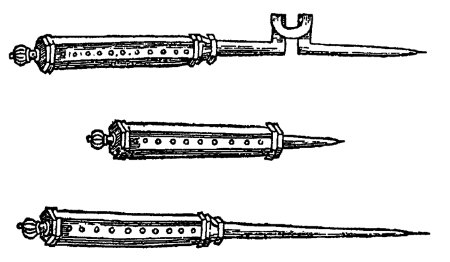
ولما تقدمت العصور الوسطى وأصبحت كتابات أصحاب النظريات الشيطانية أكثر دقة، وجدنا كتاباتهم قد أخذت تتضمن تعليمات مفصلة بدرجة أكبر عن كيفية الاستدلال على وجود الشيطان. وكان حدوث الرؤى، التي نسميها اليوم بالهلاوس البصرية، يعد في العادة دليلاً على أن الشخص به مس، وكذلك كانت **علامات الشيطان** (Stigmata diaboli). وكانت هذه العلامات تتضمن أشياء من قبيل الشامة والمواضع الملونة من البشرة، وكذلك المواضع المخدرة من الجلد، وهي المواضع من الجلد التي لا يكون بها إحساس على الإطلاق أو التي لا يكون بها إلا أقل الإحساس. وهذه المواضع المخدرة من البشرة تعد اليوم أمارة على العُصاب إذا لم يتيسر تفسيرها عصبياً (نيورولوجياً).

وقريباً من نهاية العصور الوسطى، كان المختصون بالأرواح يسافرون من مكان إلى مكان وقد صحبهم أعوان لهم يقال لهم **المختصون بالوخز** Prickers الذين يحملون أدوات خاصة أشبه بالسكاكين يتحسسون بها أجسام الأشخاص المشتبه في أمرهم بحثاً عن المناطق غير الحساسة من الجلد. ولأن المختصين بالوخز كانوا يؤجرون على كل حالة إيجابية يتعرفون عليها، نجد أنهم لم يكونوا فوق مستوى الخديعة، وأن النصل في بعض أدواتهم كان يمكن أن يرتد خفية إلى المقبض المجوف، بحيث أن الأداة إذا دفعت في جسم المشتبه فيه لا تحدث ألماً (انظر شكل ٢). وعندئذٍ يصبح فقدان الجلد للإحساس دليلاً قاطعاً على أن الشخص به مس من الجن.

ثم أدى ظهور التفتيش والتحقيقات قرب نهاية العصور الوسطى إلى الاستخدام الواسع للعقاب الوحشي الذي ينصب على المخالفين والمعارضين. وكان المختصون بالتفتيش والتحقيقات الذين تم تدريبهم على استخدام كل أنواع التعذيب يتجولون في كل أنحاء أوروبا لاضطهاد أعداد لا حصر لها من الأبرياء باسم الكنيسة وباسم الله. وعلى الرغم من أن قلة من الأصوات الشجاعة ارتفعت بالاحتجاج، إلا أن هذه الأصوات لم تلبث أن غطت عليها الهستيريا الجماعية التي تفشت في تلك الأيام. حتى إذا كان القرن الخامس عشر، وجدنا

مفاهيم المرض العقلي والهرطقة والسحر قد التحمت التحاماً قوياً، ووجدنا أن المسرح قد أعد لظهور ذلك الكتاب غير المشهور الذي يتحدث عن اصطياد السحرة والذي كان يحمل عنوان «مطرقة السحرة» (Malleus Maleficarum).

وفي سنة ١٤٨٤ تم تخويل إثنين من الرهبان الدومينيكان يدعيان جوهان سبرنجر وهاينريش كريمر من قبل البابا سلطة إصدار دليل رسمي عن الشياطين والسحر. وقد أحكم سبرنجر وكريمر توثيق موقفهما حين استصدرا الموافقة الرسمية على عملهما من كلية اللاهوت بجامعة كولونيا. وبعد أن تسلحا بالوثائق الباهرة من الكنيسة والجامعة، قاما بنشر كتاب «مطرقة السحرة»، وجعلا ينشران ما به من تعاليم.



شكل ٢ ـ نماذج من أدوات الوخز

(From The Encyclopedia of Witchcraft and Demonology, Robbins, 1959)

كان كتاب «المطرقة» يتألف من ثلاثة أجزاء. الأول منها يثبت صحة وجود السحرة ويدلل على الحاجة إلى أفراد مدربين يقومون بالتفتيش والتحقيقات. وأما الجزء الثاني فيقدم سرداً مفصلاً عما يفعله السحرة، ويبينٌ كيفية الكشف عنهم والتعرف على وجودهم. وأما الجزء الثالث فيبينٌ الإجراءات الرسمية لتقديم الساحرة إلى المحاكمة وإصدار الأحكام عليها. وفي كل مرة على الدوام كانت الإدانة تنتهي بخنق المتهمة حتى الموت، أو بشد وثاقها إلى أعواد الحطب ثم إشعال النار فيها حية.

لكن الساحرة لم تكن لتعدم، مهما بدا الدليل القائم على إدانتها وجيهاً

قوياً، إلا بعد وقوع الاعتراف. ولذلك فقد ذلل الجزء الثالث من «المطرقة» الأمر بتقديم تقنيات محددة للحصول على الاعترافات من المتهم. وكانت هذه التقنيات تنتهي دائماً بصورة من صورالتعذيب، ويتم شرحها بتفصيلاتها المضنية. من ذلك أنه كانت هناك طريقة لانتزاع الاعترافات تسمى الشد Strappado (والاسم مستمد من الكلمة اللاتينية Strappeare بمعنى يشد).

> «كان يؤتى بالسجين، ثم يوثقون ذراعيه من خلف ظهره بحبل يربطونه في بكرة، ثم يجعلونه معلقاً في الهواء متدلياً من أعلى. كذلك كثيراً ما كانت تشد إلى قدميه الأثقال حتى يمكن شد كتفيه من أماكنها من غير أن تترك آثار تدل على خشونة المعاملة».
> (Robbins, 1959, p. 489)

على إن هذا الإجراء لم يكن يعد على درجة عالية من القسوة، ولو أننا قد لا نميل إلى تصديق هذا. فإن «دائرة المعارف الخاصة بالسحر والأرواح الشريرة» The Encyclopedia of Witchcraft and Demonology (1959) تقرر أن «الشد كان في العادة نوعاً من الإجراءات الخفيفة تلجأ إليها سلطات التفتيش والتحقيقات، وكان يتحول بسهولة إلى درجة أشد قسوة من نفس الإجراء تعرف Squassation (P. 489). وكانت المفاهيم الخاطئة المغالى فيها التي تشيع عن المريض العقلي والتي نسميها اليوم بالهذيان ينظر إليها على أنها اعترافات من الشخص بأن به مساً، كما كانت مبرراً قوياً لاستخدام التعذيب والإعدام.

ثم إن انحراف كتاب «مطرقة السحرة» يتضح أكثر وأكثر في كراهيته الصريحة العنيفة للنساء. وإنه ليقدر أنه مقابل كل رجل يدان لاتصاله بالأرواح الشريرة كانت هناك خمسون إمرأة يتم إعدامهن حرقاً. وكانت الحكمة في هذا على درجة مفزعة من البساطة هي أن النساء مخلوقات ضعيفات فاسدات أكثر استعداداً من الرجال للخضوع لتأثير الشيطان. ثم إن هذا التأثير كان ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي بصفة عامة، أي أن النسوة كن يتحولن إلى ساحرات من خلال الاتصال الجنسي بالشيطان. كما أن الشيطان كان يوزع شروره بطريقة غير مباشرة عن طريق إطلاق شياطين أو مردة شبقين مولعين بالجنس يدعون Incubi ليسطوا على النسوة الآمنات. كما كان هناك أيضاً نوع من الجن الإناث يدعين: Succubi، وإن كن لم يحظين بنفس الكثرة من التقارير. وهكذا وجدنا البرود الجنسي، والعجز الجنسي، والشهوانية المفرطة، وغير ذلك من صور الانحراف الجنسي تنسب للشيطان وسفرائه.

كما أصبح المرض العقلي أمراً لا ينفصل عن الخطيئة الجنسية. أي أن المشكلات الجنسية التي نراها اليوم مرتبطة بالتأثم والخوف وسوء الفهم كان ينظر إليها في العصور المتوسطة على أنها علامة على أن الفرد قد أصابه المس.

وقد كان كتاب «مطرقة السحرة» في أيدي رجال التفتيش المسيحيين بمثابة أداة فعالة. ولكنها فظة خشنة في قمع كثير من صور الانحراف في أوروبا في العصر الوسيط، ذلك الانحراف الذي كان يمكن أن نعد أكثره اليوم نوعاً من «المرض العقلي». وقد أشار زلبورج وهنري (Zilboorg and Henry 1941) إلى عدم الاستقرار الاجتماعي والسياسي في تلك الفترة الزمنية، وذهبا إلى أن كتاب «المطرقة» كان «رد فعل للأمارات غير المطمئنة على تزايد عدم الاستقرار في النظام القائم (p. 153)». وعلى الرغم من أن المرضى العقليين لم يكونوا بدرجة



شكل ٣ ـ لوحة قديمة بالحفر على الخشب تصور شيطاناً يبادل إمرأة الحب.
(From De Lamiis, 1989 by a Ubrich Molitor, Courtesy of the Cornell University Library).

أكبر من غيرهم مناهضين للأنظمة القائمة، إلا أنهم كانوا أوضح فئات المنحرفين، ولذلك تعرض مئات الألوف منهم للإبادة المنظمة.

وفي نفس الوقت الذي كانت فيه الساحرات يتعرضن للحرق في القرن السادس عشر ارتفعت الأصوات احتجاجاً على نظرية الشياطين. وقد كان أقوى هذه الأصوات صوت طبيب ألماني كان يدعى جوهان ويير Johann Weyer. فقد تحرى ويير نظام الشياطين اللاهوتي بأكمله حين كتب مؤلفاً من جزءين يعارض فيه معارضة مباشرة «مطرقة السحرة». وكان ذلك بمثابة بداية لرأي مستنير عن السلوك الشاذ.

كان كتاب ويير De Praestigiis Daemonum «سحر الشياطين» الذي نشر سنة ١٥٦٣ نوعاً من التشريح والتحليل المفصل لكتاب «المطرقة» يتناوله نقطة فنقطة. وفيه بدأ ويير بتقويض دعاوى سبرنجر وكريمر القائمة على التطير بأن جعل يمحص في منهجية دقيقة فروضها غير المنطقية. ثم عمد من بعد ذلك إلى تقديم تفسيراته الخاصة عن السلوك الغريب، ويورد الأدلة التي من قبيل القصص والنوادر على صحة دعاويه. وأخيراً جعل يحمل على الكهنة الساديين على ما يقومون به من إجراءات غير إنسانية، ويذكرهم بأن واجبهم يفرض عليهم العلاج لا القتل.

وقد كانت كتابات ويير واحداً من العوامل الهامة في هدم علم الشياطين، وسبباً رئيسياً في بعث وإحياء النموذج الطبيعي وإعادته إلى الحياة. ومع ذلك، فإن عدداً من المعتقدات القوية الراسخة لم تندثر بسهولة. ولذلك وجدنا أن اثنتين من الساحرات تقطع رقابها في أواسط أوروبا، واحدة في ألمانيا والثانية في سويسرا، بعد أن نشر الكتاب بفترة تبلغ مئتين من السنوات.

ثم نسأل: هل لايزال هناك من يؤمن بوجود قوى خارقة للطبيعة مسؤولة عن سلوك الإنسان؟ لو حكمنا بالاهتمام الجديد بالسحر والتنجيم والأفكار الصوفية الغامضة الشرقية لكان من المحتمل الرد على هذا السؤال بالإيجاب، على الرغم من أن معظم الناس لا يؤمنون حقيقة بالشياطين والسحرة التي تدخل جسم الإنسان لتنفث الشرور. ترى هل صحيح أنهم لا يؤمنون بهم؟ إننا نقول لمن يستجيب استجابة غريبة من الأفراد «I Wonder What's gotten into him! إني لأعجب ماذا حل به!». ربما كان الأمر مجرد استخدام لغوي فقط.

حركات إصلاح طبية واجتماعية:

على الرغم من أن علوم السحر وإحراق السحرة كانت قد أخذت تتضاءل في منتصف القرن السابع عشر، إلا أن المرضى العقليين ظلوا يعاملون معاملة قاسية. إذ كان كثير منهم يودعون في السجون وبيوت الصدقات، على حين كان الألوف منهم يتجولون في الشوارع يستجدون الطعام. أضف إلى ذلك أن المستشفيات العقلية في ذلك العصر لم تكن تزيد عن أن تكون سجوناً كبيرة. ففي إنجلترا، كان نزلاء مستشفى بيت لحم Bethlehem (وكان يدعى عندئذٍ Bedlam) تقيَّد أيديهم بالأغلال ويشدون بالسلاسل إلى الجدران. كذلك كان المرضى يعرضون على الناس لتسلية أهل لندن الذين لم يكونوا يمتنعون عن دفع مبلغ زهيد لقاء مشاهدة هذا العرض. أما العلاج فلم يكن له وجود تقريباً، وكان المرضى العقليون يعدون محظوظين إن هم تمكنوا من تجنب عقاب السجانين الساديين.

وفي فرنسا لم يكن الموقف يختلف عن ذلك كثيراً. إذ كان المرضى من نزلاء المستشفيات الفرنسية يلقون من المعاملة ما تلقاه الحيوانات المتوحشة. وقد كتب طبيب يدعى إسكيرول Esquirol بعد أن قام بتفتيش هذه المستشفيات:

> «لقد رأيتهم عرايا، أو مغطين بالخرق لا يحميهم من برد الأرضية الرطبة إلا غطاء من القش... ورأيتهم في أكواخ قذرة غضة مهملة لا يدخلها الهواء أو الضوء، وقد قيدوا بالسلاسل إلى الحفر التي لا يمكن أن تقنع الوحوش بالبقاء فيها.... وهناك يمكثون حتى تذهب حياتهم هباء في حمأة من فضلاتهم وتحت وطأة السلاسل التي تمزق أجسادهم... ثم إن الأسواط والسلاسل والزنزانات المظلمة تحت الأرض هي الوسائل الوحيدة التي تتبع في إقناعهم، والتي يستخدمها القائمون على أمورهم ممن يتميزون بالبربرية والجهل معاً. «Zilboorg and Henry, 1941, P. 570».

وعلى الرغم من شيوع هذه الحالات التي يرثى لها، إلا أنه لم يكن يبذل في علاجها إلا القليل من المجهودات. لكن التغير مع ذلك كان على الأبواب.

ففي سنة ١٧٩٣ عُينّ طبيب فرنسي اسمه فيليب بينل Phillippe Pinel مديراً لمستشفى كبير اسمه بيستر Bicetre. وقام بينل بتفحص الأحوال في المستشفى، ثم اتجه إلى التخفيف من البلاء الذي يعيش فيه النزلاء. واتصل بحكومة الثورة الفرنسية يطلب السماح بتخليص المرضى من السلاسل، ولكنه استقبل بشيء من التوجس والريبة، إذ رأت الحكومة أن أعداء الشعب قد

يكونون مستخفين بين النزلاء، كما خشيت أن يفرج عنهم مع الآخرين عن غير قصد. ومع ذلك فقد ثابر بينل حتى حصل على الإذن الذي ينشده، وبذلك أزيلت الأغلال من النزلاء في نفس السنة التي عُينً فيها مديراً لمستشفى بيستر. وأصبحت هذه الواقعة بمثابة علامة رئيسية على طريق علاج المرضى العقليين بالمؤسسات، وخرجت النتائج كما يسجلها التاريخ الآن في غاية الحسن. لم يتحول المرضى إلى العنف والهمجية والتخريب كما توقع الكثيرون، وإنما كانوا في غاية الدعة والامتنان. بل إن عدداً منهم ممن كان قد ظل نزيلاً بالمستشفى عشرات من السنين تمكن من أن يغادرها بعد ذلك بأشهر قلائل.

وبعد فترة زمنية أخرى، طلب إلى بينل أن يدير مستشفى آخر كبيراً للأمراض العقلية يسمى سالبتريير Salpetriere. وكانت الأحوال فيه بنفس الدرجة من السوء التي كانت عليها في مستشفى بيستر، كما تنتشر فيه الحجامة bloodletting، ووضع المريض تحت سطح الماء من أجل العلاج. وعلى الفور حرم بينل هذه الممارسات، كما عمد مرة ثانية إلى تخليص المرضى من الأغلال. وفي ذات الوقت أقنع العاملين في المستشفى بأن يعاملوا المرضى معاملة تحفظ لهم كرامتهم. واستجاب المرضى لذلك استجابة طيِّبة إلى حد ملحوظ، وبذلك أثابوا للمرة الثانية بينل على إيمانه بالطبيعة الإنسانية.

على أن حركات الإصلاح الاجتماعي في أواخر القرن الثامن عشر ما كانت لتتحقق لولا ما حدث من تغير عميق في اتجاه الجماهير نحو السلوك الشاذ. ذلك أن معاملة المصاب بالمرض العقلي ما كانت لتتم على أساس من الرأفة أو الكرامة طالما كان النموذج الشيطاني سائداً، لأن مثل هذه المعاملة تكون عندئذٍ بمثابة الرضوخ للقوى الشيطانية. فلما أن أخذ المذهب الشيطاني تجنح شمسه إلى المغيب، وجدنا النموذج الطبيعي يعود مرة ثانية بعد أن ظل لمدة ألف وخمسمائة سنة أشبه شيء بالحقل الذي تم حرثه من غير أن تبذر فيه الحبوب وتستنبت.

وعلى الرغم من أن الأخذ بالنموذج الطبيعي يردُّ المرض العقلي إلى عمليات جسمية، إلا أن الناس ظلوا يجهلون الكثير عن الاضطرابات المحددة وأنواعها. فقد انتهى القرن الثامن عشر ورجال الطب لايزالون يحاولون التمييز بين الأنواع المختلفة من الاضطرابات، كما كانت تقنيات العلاج لاتزال في مهدها. ثم

شهدت الفترة فيما بين سنة ١٨٠٠ وسنة ١٩٠٠ نشأة نظريتين فريدتين في علم الأمراض النفسية (السيكوباثولوجيا)، كل واحدة منهما بمثابة صورة متنوعة من المذهب الطبيعي. أي أن النموذج الطبيعي تمخض عن الأنموذجين العضوي والنفسي اللذين أصبحا بدورهما وجهتيّ النظر السائدتين في هذه الفترة.

النماذج العضوية في مقابل النماذج النفسية:

النموذج العضوي في تفسير المرض العقلي يردُّ السلوك الشاذ إلى أحد أمرين: تلف في الأنسجة أو اختلال كيميائي في المخ. وكل من هذين الأمرين إما أن يحدث نتيجة عيب وراثي، أو اختلال في وظائف الغدد الصماء، أو التلوّث، أو الجروح. وعلى الرغم من أن الأساس العضوي لبعض الاضطرابات مثل الذهان الناتج عن إدمان الخمور والذهان الناتج عن الشيخوخة قد كشف عنه وعرف، إلا أنه لايزال غير معروف في كثير من الأمراض العقلية الرئيسية مثل الاكتئاب والفُصام (الشيزوفرينيا) - إن كان هناك بالفعل أساس عضوي لهذه الأعراض. على أن كثيراً من أصحاب المذهب العضوي يرون أن هناك بالفعل أساساً عضوياً، ولكن أدواتنا الحالية تفتقر إلى الحساسية اللازمة التي تمكننا من الكشف عنه. وهم يؤمنون بأن الفحوص الكيميائية الدقيقة وتقنيات الجراحة المضبوطة سوف يتم التوصل إليها في النهاية، الأمر الذي سيمكن العلماء من الكشف عن العوامل الجسمية المسؤولة عن المرض العقلي.

لكن النموذج السيكولوجي - على خلاف ذلك - يؤكد على التعلم المريض (أو الباثولوجي). أي أن السلوك الشاذ متوقف على أنماط منحرفة من التعلم تنعكس في عجز الفرد بصفة عامة عن الوفاء بمطالب الحياة. أي أن المصاب بالمرض العقلي لم يتعلم - بسبب أحداث تقع عادة في مطلع الحياة - كيف يقوم بإشباع حاجاته بكفاءة، أو كيف يتعامل مع الآخرين بكفاءة. ولذلك، كانت النتيجة هي الانسحاب للدخول في الأخيلة والأوهام وظهور الأعراض، وغير ذلك من الاستجابات الشاذة.

ونحن نجد عند استعراض تاريخ علم نفس الشواذ، النموذج العضوي والنموذج السيكولوجي يتصارعان أحدهما مع الآخر في كل من ألمانيا وفرنسا، اللذين قد يكونان أكثر مراكز فكر الطب العقلي نشاطاً في أوروبا خلال القرن

التاسع عشر. أما في ألمانيا فقد كان رجال الطب العقلي يحاولون أن يحلوا مشكلة الفصام (الشيزوفرينيا) ـ وهو اضطراب ذهاني يتميز بالكلام غير المنطقي، وبالمعتقدات الغريبة، وبالفقدان المتزايد للاتصال بالواقع. وأما في فرنسا، فكان أطباء العقول يختصون بانتباههم مرض الهستيريا ـ وهو اضطراب عصابي يتسم بأمور محيرة من قبيل فقدان الذاكرة والشلل الغريب الذي يصيب الأطراف. أي أن النموذجين العضوي والسيكولوجي كانا يتصارعان في كل من البلدين صراعاً زودنا بفرصة ممتازة للملاحظة نشأة كل منهما وتطوره.

إسهام الطب العقلي الألماني:

كان الطب العقلي الألماني في أكثره خلال القرن التاسع عشر عضوياً، كما كان نوعاً من الطب العقلي الذي يبحث عن التنظيم. ولذلك فقد رصد الإكلينيكيون الألمان قدراً هائلاً من جهودهم لبناء تصنيف منظم (أو nosology) للمرض العقلي. وقد كان الشخصان اللذان اشتد ارتباطهما بهذه الجهود هما فلهلم جريزنجر Wilhelm Griesinger، وإميل كريبلين Emil Kraeplin.

وأظهر ما يعرف به جريزنجر أنه حرص على تنمية وجهة النظر العضوية. ذلك أنه نشر في سنة ١٨٤٥ كتاباً بعنوان: «باثولوجيا المرض العقلي وعلاجه» The Pathology and treatment of mental illness، حدد فيه قضيته الأساسية هكذا: «المرض العقلي مرض يصيب الجسم وعلى التحديد المخ، ولذلك فهو لا يختلف في شيء عن سائر الأمراض الأخرى». وهكذا دخل المرض العقلي في وجهة النظر السائدة عن المرض في القرن التاسع عشر ـ نظرية المرض الطبي. وبحسب هذه النظرية نجد أن كل مرض مرتبط بنوع من الباثولوجيا تلحق بجهاز عضوي وبطائفة من الأعراض التي هي مجرد أمارات سطحية على اضطراب كامن. وكما أن الأعراض الجسمية تنشأ عن أمراض تصيب القلب أو الرئتين أو الكليتين أو غير ذلك من الأعضاء، نجد أن الأعراض العقلية تنشأ عن مرض يصيب المخ. وهذا هو النموذج العضوي للمرض النفسي في صورته الأساسية الرئيسية.

وقد كان هذا النموذج العضوي ـ بالنسبة للعالم الذي كانت لاتزال تملؤه بقايا أنواع التطير من النظرية الشيطانية ـ بمثابة وجهة نظر مريحة ولو أنه كان يؤدي

إلى حالة مغلقة من حيث العلاج. فإن لفظة «العلاج» في عنوان الكتاب الذي أصدره جريزنجر لم تكن أكثر من وعد أجوف، ذلك أن الطب العقلي الألماني كان يجنح إلى النظر إلى أكثر الاضطرابات العقلية على أنها غير قابلة للعلاج.

وكذلك آمن كريبلين، شأنه في ذلك شأن جريزنجر، بأن أمراض المخ غير قابلة للعلاج. ولكنه مع ذلك توفر بجهوده على ابتداع تصنيف للأمراض. فقد جعل يدقق بعناية في آلاف من دراسات الحالات ليرسم خطة تصنيف عدها الناس أكثر التصانيف حظاً من قبول الناس في تاريخ الطب العقلي. وكان عمل كريبلين من كثرة التفاصيل والاكتمال (خرجت الطبعة الأخيرة من مؤلفه في جزأين، واحتوت على ألفين وخمسمائة صفحة) بحيث أنه أصبح الأساس في كل خطة تصنيف تستخدم الآن من قبل أكثر علماء النفس وأطباء المرض العقلي.

وكان من بين الإضطرابات التي تم وضعها في تصنيف كريبلين اضطراب يسمى **بالجنون المبكر** dementia praecos بسبب أنه كان يظن أن مطلعه يرجع إلى المراهقة. والجنون المكبر (الذي يسمى اليوم بالفصام) كان يعد اضطراباً غير قابل للشفاء يتخذ مجرى التدهور المتزايد الذي لا ينصلح أبداً. والواقع أن الاضطراب كان يتم تشخيصه على أساس من **تطور الحالة في المستقبل** prognosis أو مآلها الذي تنتهي إليه. فلو أن المريض شفي لافترضنا أن التشخيص المبدئي كان خطأً، وإنه ما كان يمكن أن يكون عنده الجنون المبكر من بداية الأمر.

على أن هذه النظرة إلى الجنون المبكر كانت متمشية إلى درجة كبيرة مع كثير من اكتشافات الطب العقلي عندئذٍ. وقد اتضح أن **مجموعة أعراض كورساكوف** Korsakoff's syndrome، وهي اضطراب يتمثل في السلوك الغريب والخلط في التفكير، تنتج عن تلف في المخ يحدثه إدمان الخمر. **وجنون الشلل العام** General paresis، الذي هو اضطراب يتميز بطائفة من الأعراض الشبيهة بالذهان وبالشلل، أمكن تتبعه كذلك من خلال تشريح الجثة بعد الوفاة ورده إلى انحلال في أنسجة المخ. ولم يتبين بدرجة مقنعة إلا بعد ذلك أن جنون الشلل العام سببه الزهري. كذلك جنحت أمثال هذه النتائج إلى تدعيم واستمرار التفسير العضوي للمرض العقلي.

وقد دام الحال على هذا النحو حتى سنة ١٩٠٠ حين تحدى الطبيب السويسري يوجين بلويلر Eugen Bleuler النظرة العضوية إلى الجنون المبكر وقام بتصوير الاضطراب في إطار سيكولوجي، وخلع عليه اسمًا جديداً هو الفُصام (أو الشيزوفرينيا). وقد استحدث بلويلر مصطلح الشيزوفرينيا (العقل ـ Phrenia ويقسم ـ Schizo) ليصف به انهياراً خطيراً في وظائف الشخصية يترتب على تفكك الترابطات أو التداعيات. ولكن اختيار الألفاظ كان غير موفق لسوء الحظ، لأن كلمة الفصام (الشيزوفرينيا) لا تعني انقسام الشخصية كما شاع الاعتقاد. أي أنها لا تشير إلى شيء شبيه بالتحول من الدكتور جيكل إلى المستر هايد، وإنما هي تشير إلى اعتقاد بلويلر في أن اضطراب المريض ينتج عن الانفصال أو التفكك الذي يطرأ على الترابطات أو التداعيات العقلية. وهذا الانفصال أو التفكك كان يظن أنه هو بدوره المسؤول عن المعتقدات المشوهة عند المريض وأنماط الكلام التي لا تكون مفهومة في أكثر الأحيان.

ثم مضى بلويلر يرسم صورة نفسية أميل إلى التعقيد والدقة عن الفُصام وذلك عن طريق الوصف الدقيق لما يتألف منه الفصام من خلل في الترابطات وانسحاب من العلاقات مع الآخرين، واستجابات انفعالية غريبة. وقد بيَّن بلويلر أثناء ذلك أن كثيراً من الفصاميين ينتهي أمرهم بالشفاء، وبذلك تحدى ما زعمه كريبلين من أن كل الفصاميين ينتهي أمرهم إلى التدهور لا محالة. وقد كان من شأن اقتدار بلويلر على أن ينجح في تصوير الفصام في إطار سيكولوجي أن يضعف مركز النموذج العضوي وأن يعبد الطريق الموصل إلى التفسير السيكولوجي للاضطرابات العقلية.

وعلى الرغم من أن النظرة العضوية إلى المرض العقلي مالت إلى المغيب عند مطلع هذا القرن، إلا أنها لم تغب تماماً عن الأنظار. فما يزال هناك كثير من الناس الذين يؤمنون بأن عدداً من الاختلالات العقلية على الأقل، وخاصة الذهان، هي عضوية في طبيعتها إلى حد كبير. ولكن أكثر الذين يؤمنون بأن للعوامل العضوية دورها يميلون إلى التشيع لافتراض التفاعل. وبحسب وجهة النظر هذه نجد أنه لا بد من وجود كل من العوامل العضوية والبيئية من أجل أن يحدث الاختلال العقلي.

وقد صورت لنا مقالة كتبها بول ميل Paul Meehl بعنوان

السكيزوتاكسيا، والشيزوتيبيا، والفُصام (الشيزوفرينيا) Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia (1962) فرض التفاعل هذا. في هذه المقالة يبرهن ميل على وجود نقص deficit عضوي في كل الفصاميين، نقص يسميه بالسكيزوتاكسيا Schizotaxia. وهذا النقص يفترض أنه وراثي بطبيعته وأنه يمارس تأثيره عن طريق التدخل الدقيق في عمل الخلايا العصبية. وأما مصطلح الشيزوتيبيا Schizotypy فيشير إلى نوع فريد من تنظيم الشخصية ينشأ نتيجة هذا النقص العضوي. والشيزوتيبيا تتمثل في عجز الفرد عن أن يخبر اللذة وفي ميله إلى أن يعاني من الزلات الترابطية associative slips، أي أن الشخص الشيزوتيبي يكون شخصاً تتميّز استجاباته الانفعالية بأنها أقرب إلى التسطح flat وانعدام الحياة، وعملياته الفكرية بأنها أقرب إلى التفكك وعدم التنظيم.

ومع ذلك فإن أكثر الأشخاص الشيزوتيبيين لا يتحولون في آخر الأمر إلى فصاميين، أعني أنهم لا يعكسون الأعراض الإكلينيكية للفصام، تلك الأعراض التي تستلفت دائمًا نظر طبيب الأمراض العقلية. ذلك أنهم - إن توفرت لهم البيئة الطيبة المناسبة وظروف التعلم القصوى - لا يتحولون في العادة إلى ذهانيين بالفعل. وهم في أحسن الأحوال قد يسلكون سلوكاً فيه شيء قليل من الغرابة أو الاختلاف. ولكن القلة الضئيلة من الشيزوتيبيين الذين يتعرضون في طفولتهم لصراعات والدية وللنبذ من جانب الآخرين يتحولون بالفعل إلى فصاميين. وهؤلاء نجد أن خبرات التعلم السلبية قد تفاعلت عندهم مع الاستعداد الوراثي تفاعلاً يؤدي إلى الاضطراب الإكلينيكي.

لكن التفكير في الفصام والاختلالات العقلية لم يكن على هذه الدرجة من التعقيد والتفصيل في القرن التاسع عشر. صحيح أنه كانت هناك بعض أفكار غامضة عن التفاعل، لكنها كانت سابقة على أوانها وغير مفصلة التفصيل الكافي. لكن الأطباء البارزين في تلك الأيام كانوا متحيزين للاتجاه العضوي بحيث أن كتابات الناس من أمثال بلويلر لم يبدأ النظر إليها على أنها جديرة بالاحترام إلا عند نهاية القرن. وحوالي نفس الوقت تقريباً، بدأت تقع سلسلة من الأحداث في فرنسا كان لا بد لها من أن ترفع من شأن وجهة النظر السيكولوجية. ففي فرنسا، كانت قضية النشأة العضوية في مقابل النشأة السيكولوجية تدور من حول دراسة الهستيريا.

إسهامات من الطب العقلي الفرنسي:

قصة الهستيريا معقدة إلى حد غير عادي تملأ مجلدات. وهذا الاضطراب يتميز بفقدان الذاكرة وبأعراض جسمية لا يبدو أن لها أساساً من المرض أو الإصابة. ومرضى الهستيريا يظهرون درجات عدة من فقدان الذاكرة (الأمنيزيا)، كما قد يكونون ضحايا للشلل، أو فقدان البصر أو السمع، أو أنواع عدم الحساسية الجلدية anesthesias. وقد كانت الهستيريا على مر الأزمان موضوعاً لكثير من التفسيرات المختلفة. ففي أيام أبقراط ظن الناس أن الهستيريا تنتج بعد أن يترك الرحم مكان ارتكازه المعتاد ويستقر في الجزء المصاب من الجسم (اللفظة الإغريقية للرحم hysterikos). وخلال عصر التفتيش والتحقيقات في العصور الوسطى، كان ينظر إلى الهستيريا على أنها أمارات على أن الشخص به مس من الجن. وظل الأمر كذلك إلى أن كان القرن التاسع عشر حين بدأوا يرون أن الهستيريا اضطراب سيكولوجي، ومع ذلك ظل هذا الاضطراب يكتنفه قدر كبير من الصوفية الغامضة والجدل.

وفي سنة ١٧٨٠ أدهش رجل صوفي يدعى فرانز أنطون مسمر Franz Anton Mesmer مجتمع العلماء بإدعاء أنه يستطيع شفاء اضطرابات كثيرة عن طريق «مغنطة» magnetizing الناس. والذي لا شك فيه أنه كان واحداً من أكبر الدجالين في التاريخ، وبذلك استطاع أن يقنع عدداً كبيراً من الناس بوجود سائل خفي غامض في الكون اسمه المغناطيسية الحيوانية. ولو أن هذا السائل لم يكن موزعاً بالتساوي في داخل الجسم، ترتب على ذلك أن يؤدي هذا السائل المزعوم إلى اختلال خطير في سلوك الشخص. وقام مسمر بعلاج المصابين بالاختلالات (وكان كثير منهم ممن يمكن أن نعدهم بالهستيريين) عن طريق إعادة توزيع سوائلهم، وهو عمل كان ينجزه بالتحدث إليهم في نغمات ملطفة مهدئة، وبأن يربت على أجسامهم بقضبان معدنية. ومن العجيب أن بعض المرضى أظهروا بالفعل تحسناً معجزاً، كما ادعى كثير منهم أنه أحس لذلك شعوراً زائداً بالسعادة. وانقضى وقت طويل من قبل أن ينتهي العلماء إلى أن علاج مسمر العجيب هذا ينطوي على تقنية تدعى بالتنويم المغناطيسي.

وفي السنوات التالية اجتذبت ظاهرة التنويم المغناطيسي التفاتاً متزايداً من عالم الأطباء: لكن العلاقة الدقيقة بين التنويم المغناطيسي والهستيريا لم يكشف

عنها إلا بعد ذلك بمائة سنة. ففي فرنسا قام مختص بالأعصاب يدعى جان مارتان شاركو Jean Martin Charcot وطبيب يدعى هيبولايت برنهايم Hippo-lyte Bernheim كل منهما على انفراد، ببناء نظريتين متعارضتين لتفسير العلاقات بين الظاهرتين. وهكذا وجدنا كلاً من النموذجين العضوي والسيكولوجي يستخدمان مرة أخرى لتفسير اضطراب سيكولوجي هام.

أما شاركو، وكان يعمل في باريس بمستشفى سالبترير، فكان في جوهره مشايعاً للنظرية العضوية، إذ آمن بأن الهستيريا عبارة عن مرض بيولوجي أو عصبي وأن أسبابه الفسيولوجية أو التشريحية سوف ينتهي الأمر إلى اكتشافها. ولم يكن أمام شاركو إلا أن يوضح كيف أن الأعراض الهستيرية يمكن أن نجعلها تظهر أثناء التنويم المغناطيسي في المرضى الذين لم يسبق لهم أن أصيبوا بمثل هذا الاضطراب. وكان الحل الذي تقدم به شاركو بسيطاً إلى حد مدهش. رأى شاركو أن هؤلاء الأفراد الذين يمكن تنويمهم كانوا مصابين بنقص عضوي دقيق خفي، وأنهم لذلك شواذ. وبذلك استطاع شاركو أن يوفق بين النتائج المتعارضة، كما استطاع أن يدفع بقضية النشأة العضوية في سبيل التقدم.

وأما برنهايم فإنه رأى أن الأمور ليست على هذه الدرجة من البساطة. ولأنه كان إكلينيكياً موهوباً فقد اتجه إلى التفسيرات السيكولوجية، ولاحظ أن كلاً من المرضى الهستيريين والأسوياء الذين يمكن تنويمهم مغناطيسياً يتفقون في أنهم قابلون للإيحاء إلى درجة عالية. ثم سرعان ما أقنعته الدراسة المستأنية أن القابلية للإيحاء هي بالفعل، لا النقص العضوي، الأمر الذي يربط التنويم المغناطيسي بالهستيريا. ولذلك فقد استند إلى ما قام به هو نفسه من ملاحظات في تحدي صحة مزاعم شاركو. التي كانت تستند إلى إصابات عضوية لم يقم عليها الدليل. وفي مقابل هذه المزاعم قدم برنهايم تفسيره الذي يستند إلى أساس سيكولوجي والذي يؤكد دور القابلية للإيحاء.

وقد استعرت الحرب الإيديولوجية بين الإثنين خلال السنوات العشر التالية. لكن أكثر النتائج الإمبيريقية (التجرُبية) كانت مع ذلك في صف برنهايم حتى وجدنا وجهة نظره تنتشر وتسود في آخر الأمر. وأصبحت هذه بمثابة علامة هامة أخرى على طريق نمو النموذج السيكولوجي. وهكذا ومرة أخرى وجدنا

تصوراً سيكولوجياً صرفاً يظهر ويتقبل على أنه تفسير لاضطراب عقلي رئيسي.

على أن أعمال شاركو وبرنهايم لم تفلت من ملاحظة صغار الأطباء في ذلك الزمان. وكان من بين هؤلاء طبيب شاب مختص بالأعصاب من النمسا درس مع شاركو في باريس كما سافر عبر فرنسا كلها ليتشاور مع برنهايم. وبعد أن انبهر بما رأى عاد سيجموند فرويد Sigmund Freud إلى النمسا ليستخدم ما اكتسبه من المهارات في علاج مرضى العقول.

وفي فيينا، انضم فرويد بجهوده إلى طبيب أكبر سناً يدعى جوزيف بروير Joseph Breuer... وأخذا يعالجان الهستيريا باستخدام التنويم المغناطيسي. وعلى الرغم من أنهما سرعان ما قاما بفض الشركة التي كانت بينهما، إلا أنهما لم يفعلا ذلك إلا بعد أن تعاونا في تأليف كتاب بعنوان «دراسات في الهستيريا» Studies in Hysteria, Breuer and Freud 1895. والكتاب عبارة عن مجموعة من دراسات الحالات ووصف تقنيات العلاج، ولا يزيد اليوم عن أن يكون أعجوبة من أعاجيب الطب العقلي. لكنه مع ذلك يتضمن بدايات منحى في علم الأمراض النفسية قدر له أن يحدث ثورة في تفكير الأطباء العقليين، ذلك هو المنحى الذي سمي بالتحليل النفسي.

واستمر فرويد وحده، وفي سنة ١٩٠٠ نشر كتاباً يعده الكثيرون أروع أعماله، ذلك الكتاب هو «تفسير الأحلام» The interpretations of Dreams. ثم تبع ذلك في سنة ١٩٠٥ كتاب «ثلاث رسائل في نظرية الجنس»، Three contributions to the theory of Sex، وفي سنة ١٩٠٩ كتاب «محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي» Introductory lectures on Psychoanalysis. وكانت هذه المحاضرات قد ألقيت في جامعة كلارك في ورشستر بولاية ماساشوستس Clark University in Worcester, Massachusetts خلال الرحلة التي قام بها فرويد إلى الولايات المتحدة، كما أنها عملت على تعريف رجال الطب العقلي الأمريكيين بآراء فرويد في السلوك الشاذ. وبالإضافة إلى كتاباته، أصبحت محاضراته أساساً لنظرية فرويد أو لنظرية التحليل النفسي في الشخصية - وهي نظرية تضمنت أول نموذج سيكولوجي شامل في الاضطراب العقلي. وفي هذا النموذج نجد أن التعلم لا الإصابات التشريحية أو العيوب البيوكيميائية هي الأساس في السلوك الباثولوجي.

وفي مستهل القرن العشرين، أخذ النموذج السيكولوجي يصبح الأسلوب المفضل في تفسير المرض النفسي. ولكن النموذج العضوي لم يندثر تماماً كما أشرنا إلى ذلك من قبل، بل إنه باق معنا إلى اليوم، كما أنه يكمن في أدق صوره وراء الدراسات التي تبحث عما يرتبط بالمرض العقلي من عوامل وراثية وبيوكيميائية. كما أنه قائم في أضعف صوره في تفكير أولئك الذين يتشيعون لأفكار القرن التاسع عشر في أن المرض العقلي مرض لا شفاء منه. وهذه الصور من التحيز للنظرة العضوية تؤدي إلى الإيداع التحفظي في المؤسسات وجراحة المخ «العلاجية»، وهي موضوعات سوف نناقشها بدرجة أكبر من العمق في الفصول التالية. أما الآن فسوف نمضي إلى القرن العشرين لنستعرض بعض المناحي الرئيسية المعاصرة في دراسة السلوك المضطرب.

النموذج النفسي الداخلي والنموذج السلوكي:

كل من النموذج النفسي الداخلي والنموذج السلوكي عبارة عن تفرع من المنحى السيكولوجي في تفسير السلوك الشاذ. فكل منهما يركز على التعلم وإن اختلفا فيما ينصب عليه التعلم وفي الميكانزمات الهامة المتضمنة في ذلك.

على أن من الميسور أن نردَّ بدايات كل نموذج إلى السنوات العشر الأولى من القرن العشرين، تلك الفترة التي شهدت سيجموند فرويد وآيفان بافلوف Ivan Pavlov يحصلان على الشهرة الملحوظة جزاء ما أحدثا في مجال علم النفس من نمو. وعلى حين أن فرويد كان يكتسب التقدير الواسع لقاء النظريات التي قدمها في «تفسير الأحلام»، منح بافلوف جائزة نوبل على دراساته للأفعال المنعكسة. وقد استطاع كل من الرجلين، كل بأسلوبه الخاص، أن يؤثر في النظرة إلى المرض العقلي التي كان لها أن تنتشر في الأزمنة الحديثة. وعلى الرغم من أن تأثير بافلوف لم يدرك بصورة مباشرة أو في وقت مبكر كما كان الأمر بالنسبة لفرويد، إلا أن أحدهما كان بمثابة المصمم للمنحى السلوكي في علم الأمراض النفسية، على حين كان الآخر كذلك بالنسبة للمنحى النفسي الداخلي.

أما النموذج النفسي الداخلي intrapsychic (العقل أو النفس ـ psych وداخل ـ intra) فيردّ مركز المرض النفسي إلى أعماق الشخصية بوصفه عيباً خطيراً في الخُلُق أو الشخصية character أو نوعاً ملحاً من الصراع. وعلى الرغم

من أن هناك عدداً كبيراً من أنواع النموذج النفسي الداخلي، إلا أنها تشترك جميعاً في الاعتقاد بأن السلوك الشاذ مرتبط دائمًا بنوع من الاختلال الداخلي in-ternal disturbance، أعني بقوى تعمل بداخل الشخصية، قوى يتصارع بعضها مع بعض. وأما النموذج السلوكي فإنه مستمد من الأبحاث التجريبية التي أجريت على الإنسان والحيوانات، كما يمثل الاستفادة من مبادىء التعلم في فهم السلوك الشاذ. وفي إطار المنحى السلوكي ينظر إلى المرض النفسي على أنه عادات غير توافقية. ولذلك فإن الخلل العقلي ينظر إليه على أنه سلوك خارجي لا على أنه صراع داخلي. كما أن المحاولات التي تبذل لتفسير السلوك الشاذ تركز لذلك على أنواع الثواب والعقاب الظاهرة التي تتحكم في سلوك المريض، لا على حالات داخلية لا يمكن ملاحظتها.

الصراع والتثبيت: التحليل النفسي:

التحليل النفسي، وهو الممثل الرئيسي لوجهة النظر النفسية الداخلية، عبارة عن نظرية شاملة في الشخصية تتألف من نظريتين فرعيتين مترابطتين. أما إحدى هاتين النظريتين فتركز على الوظائف المعرفية، وأما الأخرى فتتناول مراحل النمو في الطفولة.

ونظرية فرويد في الوظائف المعرفية ترى أن كل العمليات الفكرية تنتمي إلى واحد من أجهزة عقلية ثلاثة: الهو، والأنا، والأنا الأعلى. أما الهو فإنه الجزء الأساسي الذي تنشأ عنه الأجزاء الأخرى. كما أنه مصدر كل الطاقة النفسية وناشىء عن الغرائز البيولوجية عند الإنسان. ولأن النظرية ترى أن غرائز الجنس والعدوان توجه أكثر سلوك الإنسان؛ نراها قد أولت هذه الغرائز أكثر اهتمامها. وجملة القول أن الهو يمثل ما كان غريزياً بدائياً، وبالتالي فهو يمثل الجانب غير المعقول (أو غير العقلاني irrational) من الإنسان. كما أنه مستودع الحوافز اللاشعورية unconscious urges.

والعمليات العقلية عند الهو تكوّن، بصفة عامة، النشاط العقلي للطفل الصغير جداً. ولأن الرضيع عاجز لا حيلة له، وغير قادر على الحركة، نجد أن هذه العمليات تتخذ صورة الأخيلة والأوهام القائمة على التمني. فلو أنه بكى ولم تستطع الأم أن تأتي إليه مباشرة، لقام باستحضار صورة عقلية لها، ولو أنه

كان جائعاً ثم لم يتيسر الطعام على الفور لصنع لنفسه صورة عقلية للطعام. والطفل يظل مضطراً إلى الالتجاء إلى الأخيلة أو الأوهام fantasy مادام غير قادر على أن يتحرك ويسعى بنفسه في طلب ما يريد. ولكن الأخيلة والأوهام وسيلة غير فعالة في إشباع الحاجات. والصور العقلية للطعام لا تغني عن الحليب والخبز، أو قل إنها لا تغني عنهما لفترة طويلة. لذلك نجد أنه قد ظهرت ونشأت بعد ذلك طائفة من العمليات العقلية التي يكون من شأنها أن تضمن بقاء الكائن الحي إلى درجة أكبر. هذه العمليات تتجمع تحت مصطلح الأنا.

فالأنا يتألف من العمليات الفكرية المنطقية الغرضية التي تسهل تفاعلات الفرد ومعاملاته مع البيئة المحيطة به. وهنا نتحدث عن التخطيط وحل المشكلات وغير ذلك من التقنيات التي لا بد للناس من الاعتماد عليها حتى يمكنهم السيطرة على البيئة. ولكن الأنا لا بد له كذلك من أن يسيطر على نزعات الإنسان لأن التعبير المفرط عن الحوافز الجنسية والعدوانية قد يؤدي إلى نتائج وخيمة. فالمجتمع لا يقر الاغتصاب أو الاعتداء أو غير ذلك من الجرائم القائمة على نزعات التهور. لذلك يقوم الأنا بتعطيل قوى الهو وبالسيطرة عليها أثناء قيامه بتوجيه تفاعلات الفرد مع بيئته.

وأخيراً نجد الأنا الأعلى وهو مفهوم يستخدم للدلالة على تلك العمليات العقلية التي يشار إليها عادة بالضمير والتأثم. والأنا الأعلى مفهوم يرمز إلى استدخال الطفل لقيم الراشدين؛ تلك القيم التي كان يعمل على تنفيذها ما يستخدمه الأبوان من ثواب وعقاب. فاتجاهاتنا الخلقية إنما تنبع من الأنا الأعلى، وكذلك مشاعر التأثم Feelings of guilt التي تعقب المحرّم من الأفكار والممنوع من الأفعال.

لكن قوى الأنا الأعلى والهو كثيراً ما تتعارض، كما قد نتوقع. إذ التعبير غير المقيد عن نزعات الفرد قد يتصارع مع التحريمات الخلقية التي هي جزء من الأنا الأعلى ويؤدي إلى نتائج غير سارة. من ذلك مثلاً أن التصرف وفق النزعات الجنسية قد يؤدي إلى مشاعر طاغية بالخزي والتأثم. ولكن الأفراد مع ذلك لا يستطيعون أن يقوموا بقمع كل حوافزهم، إذ التعبير عن النزعات أمر تستلزمه طبيعة الحياة. لذلك كان لا بد من أن يكون هناك نوع من التوفيق. وهذا هو ما يحدث بالضبط تماماً عند الفرد المتوافق، إذ نرى العناصر العقلية المختلفة قد انتهت إلى اتفاق وأصبحت تعمل في انسجام بتوجيه من الأنا.

ومع ذلك فإن الأمور لا تجري دائمًا بهذا اليسر والانتظام، خصوصاً إذا لم يكن الأنا قوياً. فإن كان الأمر كذلك أصبح هناك احتمال قيام قدر كبير من الصراع الداخلي الذي يكون السلوك المرضي مظهراً خارجياً له. أما أولئك الأفراد الذين يكون الأنا الأعلى عندهم سائداً مسيطراً فيميلون إلى أن يكونوا متشبثين بالقيم الخلقية والفضيلة والعفة إلى حد كبير، ولا يكونون علـى تهيُّؤ لتناول الحوافز الجنسية والعدوانية. وأمثال هؤلاء الأشخاص كثيراً ما تنشأ عندهم مشاعر التأثم المزمنة وبعض الأعراض المتنوعة الأخرى كذلك. وأما أولئك الذين يسيطر عليهم الهو فإنهم، على عكس ذلك، يتحولون إلى أفراد نرجسيين لا يخدمون إلا أنفسهم ولا يبدون إلا أقل الاهتمام بما يترتب على تصرفاتهم من نتائج. أمثال هؤلاء الناس إما أن ينسحبوا من الواقع والحقيقة، وإما أن يدخلوا في عوالم من الأخيلة والأوهام، وإما أن تستشري عندهم أنماط سلوكية مناهضة للمجتمع. وهكذا نجد أنه لا سبيل إلى أن يحيا الفرد حياة سلسة خالية من الصراع إلى حد نسبي إلا إن كان الأنا يسيطر بوصفه الحاكم أو المدير.

ثم إن نظرية فرويد عن الوظائف العقلية تكتمل بنظريته عن تطور النمو في الطفولة. هذه النظرية تتعقب الطفل الصغير خلال سلسلة من المراحل الثابتة بيولوجياً التي تتركز كل واحدة منها حول أجزاء من الجسم تؤدي استثارتها إلى إحساس باللذة. هذه الأجزاء أو المناطق الشبقية تميل إلى أن تسود في نقاط مختلفة من السنوات المبكرة في حياة الطفل خصوصاً فيما بين الميلاد من ناحية، وسن تتراوح بين الخامسة والسادسة من ناحية أخرى. أما في المرحلة الفمية التي تستمر إلى السنة الثانية تقريباً فيكون الفم هو الموضع الرئيسي لمثيرات اللذة. ثم تتبع ذلك في السنة الثالثة والرابعة من العمر المرحلة الشرجية، وأخيراً المرحلة القضيبية. وخلال هذه المرحلة الأخيرة وهي تقع في السنتين الخامسة والسادسة تكون الأولوية والصدارة للإشباع الجنسي. ثم إن الناحية الجنسية التي تطرأ أو تبزغ خلال هذه الفترة من تطور النمو، ومشاعر الود التي يخبرها الطفل نحو أمه تؤدي إلى مضاعفات محرمية incestuous complications يعبر عنها المصطلح الأخاذ: عقدة أوديب.

وانتقال الطفل خلال المراحل النفسية الجنسية المتفاوتة يعني الانتقال من سلوك أقل حظاً من النضج إلى سلوك أكثر نضجاً. فالامتصاص في المرحلة

الفمية يعقبه الشرب من الكوب، والعجز عن التحكم في عملية التبرز تعقبه السيطرة على عضلات الإخراج؛ والإشباع الفوري للحوافز الجنسية يحل محله التقيد الجنسي. كما أن الحل الناجح لأنواع الصراع المتضمنة في كل مرحلة (الإشباع في مقابل الحرمان، والحرية في مقابل التقيد) يكون أساس النضج النفسي.

لكن كل مرحلة، لسوء الحظ، تحمل في طياتها بذور أخطار نفسية هائلة ومشكلات نفسية مستقبلة. فلو أن الطفل تعرض لإحباط أكثر مما ينبغي (أي تم تطبيعه اجتماعياً من قبل أن تحين لحظة النضج المناسبة أو بأسلوب يتميز بالقسوة)، أو لو أنه تعرض لتدليل (أي سمح له بالإشباع العريض المستمر) لجاز أن يجمد عن نقطة معينة من التسلسل. أما في الحالة الأولى فإن الطفل يسعى إلى أن يحصل على ما لم يتح له؛ وأما في الحالة الثانية فإنه يبذل قصارى جهده حتى لا يفقده. واستمرار هذه الخصال في مرحلة الرشد يوصف بأنه التثبيت Fixation. والتثبيت الذي يتميز بأنه استعداد نفسي يتسم بالاتجاهات غير الناضجة وبمشاعر الإحباط، كثيراً ما يؤدي إلى سلوك لا يتناسب مع مرحلة النمو التي يكون الفرد فيها. أي أن أمور الطفولة التي لم تنته بعد تستمر إلى الحاضر بحيث تصبح الاستجابات غير الناضجة هي القاعدة لا الاستثناء.

ومفهوم التثبيت يستخدم في تفسير طائفة متنوعة واسعة من السلوك الشاذ لم يكن ليتسنى فهمها بخلاف ذلك. مثال ذلك أن مشكلة المريض الذي يعاني من العجز الجنسي يمكن أن تفسر على أنها تثبيت في المرحلة القضيبية. أي أن المشاعر الجنسية تجاه النساء في الحياة الراهنة للمريض لا يمكن فصلها عن المشاعر الشبقية التي كانت تتوجه فيما قبل ذلك نحو الأم، تلك المشاعر التي كانت تظهر في أول الأمر خلال المرحلة القضيبية من النمو. ولذلك تكون النتيجة إحساساً متفاقمًا بالتأثم لا يستطيع المريض تفسيره ولكنه يعطل مع ذلك قيامه بوظائفه الجنسية.

ونظرية فرويد في مراحل النمو بالإضافة إلى نظريته في العمليات العقلية المتصارعة هي بمثابة نوع من النموذج النفسي الداخلي يقدمه التحليل النفسي. وفي هذا النموذج نجد أن أسباب الخلل السيكياتري يرد إلى داخل الفرد ـ إلى

نضال نفسي داخلي بين حوافز طفلية من ناحية وقوى تقاوم التعبير عن هذه الحوافز من ناحية أخرى. أما الأعراض فإنها ليست أكثر من انعكاس لهذا الصراع؛ أي أن النظرية ترى في الأعراض الجسمية أمارات سطحية تدل على اختلال عميق شأنها في ذلك شأن الأعراض الجسمية التي ينظر إليها على أنها دلائل على اضطراب كامن في مجال الطب. بسبب هذا التشابه يشار أحياناً إلى منحى التحليل النفسي على أنه النموذج الطبي في السيكوباثولوجيا. .

على أن النموذج النفسي الداخلي الذي قدمه فرويد قد تعرض لبعض المراجعات التي يمكن أن نتعقب كثيراً منها في كتابات تلاميذه. أما **الفريديون المحدثون** Neo Freudians الذين يمثلهم ألفرد أدلر Alfred Adler وهاري ستاك سليفان Harry Stack Sullivan، وإريك فروم Eric From وغيرهم فقد أكدوا العوامل الاجتماعية والحضارية وأصبحوا يمثلون الفرع الاجتماعي من التحليل النفسي. وأما **محللو الأنا** Ego — analysts والذين يمثلهم هاينز هارتمان Heinz Hartmann، وإريك إريكسون Erik Erikson فقد أقاموا نظريات عن الشخصية تتركز حول الأنا، نظريات تؤمن بأن فرويد قد بالغ في تأكيد أهمية الدوافع اللاشعورية والدوافع الغريزية. لكن نظرية فرويد الأساسية ظلت على الرغم من هذا كله محتفظة بوضعها من أنها الممثل القوي للنموذج النفسي الداخلي. ثم حدث في منتصف القرن العشرين تقريباً أن وجدنا نموذجاً آخر يستأثر بالاهتمام المتزايد من المتخصصين.

المثير والاستجابة:

التعلم والمرض النفسي

يعود النموذج السلوكي، كما بينا من قبل، إلى دراسات إيفان بافلوف. وكان اهتمام بافلوف بالسلوك الشاذ قد أدى إلى أن يجري بعض الدراسات السابقة في السيكوباثولوجيا التجريبية. وقد أوضح بافلوف على وجه الخصوص أنه من الممكن إحداث التفكك السلوكي في الكلاب بتعريضهم للصراع العنيف الذي لا مهرب منه. ولكن هذا البحث بالذات لم يكن هو السبب الذي أدى إلى أن يكون لبافلوف هذا التأثير في علم الأمراض النفسية. وإنما كان الفضل في ذلك لعمله الرائد في الاستجابات الشرطية. فقد بينَّ بافلوف أنه من الممكن

أن يعلم حيواناً ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لجرس أو رؤيته لضوء (مثير شـرطي). ثم جذب هـذا انتباه جـون واطسن John Watson، عالم النفس الأمريكي الذي أدهش زمرة العلماء حين خلق العصاب في المختبر تجريبياً.

لقد كان هدف واطسن في الحالة المشهورة «ألبرت الصغير» أن يبينّ أن الخوف غير المعقول أو الخُواف Phobia (الفوبيا) يمكن أن يتعلم بنفس الطريقة التي يتم بها تعلم سائر السلوك. ولتحقيق هذا عمد واطسن إلى تعريض طفل صغير يدعى ألبرت لفأر أبيض من فئران المختبرات بينما كان يدق بالمطرقة قضيباً من المعدن حتى يحدث صوتاً مفزعاً. وهكذا تم تعريض ألبرت لعدد متكرر من المزاوجة بين الفأر والصوت المؤذي. وعلى الرغم من أن ألبرت لم يكن في بادىء الأمر يخشى الفأر إلا أنه سرعان ما أصبح يخشى الحيوان حتى بعد أن أصبح يعرض وحده من غير مزاوجة بينه وبين الضجيج. أي أن استجابة الخوف عند الطفل من الضجيج (الاستجابة غير الشرطية) أصبحت بذلك مرتبطة ارتباطاً شرطياً بالفأر الذي كان محايداً فيما مضى (المثير الشـرطي). أي أن ألبرت الصغير قد اكتسب الخُواف (الفوبيا) عن طريق الإجراءات التجريبية. ثم قام واطسن من بعد ذلك ببيان أن الخوف الشرطي يتعرض للتعميم بعد أن نشأ عند ألبرت الخوف من المثيرات الأخرى ذات الفراء كالأرانب ومعاطف الفراء.

وبعد أن قام واطسن ببيان ذلك بعدة سنوات، تعاون جون دولارد John Dollard ونيل ميللر Neal Miller على أن يخلقا نوعاً من التكامل بين التحليل النفسي ومبادىء نظرية التعلم. وفي سنة ١٩٥٠ نشرا كتاب «الشخصية والعلاج النفسي» Personality and Psychotherapy الذي قاما فيه بتحليل مختلف أعراض المرض النفسي من خلال مفاهيم التعلم مثل التدعيم، والانطفـاء، وتعميم المثير. وعلى الرغم من أن دولارد وميللر تقبلا بعض القضـايا الأسـاسية في التحليل النفسي، مثل النشأة الطفلية للعصاب، إلا أنهما بيّنا كيف أن كثيراً مما نسميه بالمرض النفسي يمكن تفسيره بعدد محدود من مبـادىء التعلم التي تم تعريفها وتحديدها بدقة.

وفي السنوات الحديثة، ينعكس استخدام نظرية التعلم في سيكولوجيـة الشواذ انعكاساً هو أوضح ما يكون في أعمال جوزيف ولبه Joseph Wolpe طبيب الأمراض العقلية الـذي استخدم التقنيـات السلوكية في عـلاج أنواع

الخُواف. على أن ولبه يرى أن عملية التعلم تكمن في نشأة الخُواف بنفس الطريقة التي تكمن بها عملية التعلم في التعلم الشرطي عند الحيوانات. وكما أن كلاب بافلوف يسيل لعابها بطريقة غير معقولة عند سماع صوت الجرس، كذلك يصبح بعض أفراد البشر على مستوى غير معقول من القلق عند التعرض لبعض المثيرات المعينة. فالخُواف ـ في نظر ولبه ـ هو بمنتهى البساطة نتيجة لسلسلة من الارتباطات التعسة بين استجابات القلق (التنفس السريع، والتوتر العضلي، والعرق البارد) وبين بعض مثيرات القلق التي لا ضرر منها (مثيرات الخُواف). وهكذا نجد الفرد الذي يعاني من خواف الحشرات يخبر القلق بصفة تلقائية كلما واجه حشرة ما سواء أكانت جرادة أو صرصاراً أو غير ذلك. ومادامت استجابته مرتبطة ارتباطاً تلقائياً بمثيرات الخُواف، نجد أن القلق يستثار كلما فكر في الحشرات أو رآها.

وفي النموذج السلوكي لا يُبذل إلا مجهود قليل في تفسير السلوك الباثولوجي في إطار من صراعات الطفولة المبكرة. أي أن التفسيرات تصاغ في إطار من الإشراط بدلاً من إطار التثبيت أو الدوافع اللاشعورية. والسلوكي يركز على العرض لأن هذا المنحى ينظر إلى العرض على أنه المرض. ويلخص لنا هنا هانز آيزنك Hans Eysenck أحد قادة السلوكيين وجهة النظر هذه قائلاً: «نظرية التعلم... تعد الأعراض العصابية مجرد عادات متعلمة، أي أنه لا وجود لعصاب يكمن وراء العرض. وكل ما هنالك هو العرض فقط. فإن أنت تخلصت من العرض، تخلصت من العصاب» (1960, p. 9).

وقد قام كثير من الإكلينيكيين ذوي الاتجاه السلوكي بتشكيل أعمالهم على نسق نظرية ب. ف. سكنر B. F. Skinner عن الإشراط الإجرائي Operant conditioning. ذلك إن سكنر يرى أن التعلم يحدث عادة عندما تكون الاستجابة السلوكية متبوعة بإثابة أو تدعيم. ونحن لكي نفهم عملية التعلم، لا بد لنا من شيء واحد فقط هو دراسة العلاقة بين تصرفات الشخص أو أفعاله وبين التدعيم الذي يحصل عليه نتيجة لهذه الأفعال.

والسلوك الشاذ نوع من السلوك المتعلم، ولهذا فإنهم يقومون بتحليله بنفس الطريقة تقريباً. أي أن السيكوباثولوجيا تقوم وتستمر بسبب أن عدداً من المثيرات البيئية تعمل بوصفها أنواعاً من التدعيم. من ذلك مثلاً أن الإكلينيكي

إذا ووجه بطفل عنده خُواف من المدرسة أخذ يبحث عن العوامل التي تستبقي السلوك الخوافي. وهو قد يجد في بعض الحالات أن السبب يعود إلى أن أحد الأبوين شديد الاهتمام إلى حدٍّ زائد بالطفل وأنه يزود الطفل بقدر أكبر مما ينبغي من الانتباه بسبب «مرضه». وهكذا ينظر إلى الانتباه على أنه التدعيم الذي يستبقي السيكوباثولوجيا، أعني نفور الطفل من المدرسة.

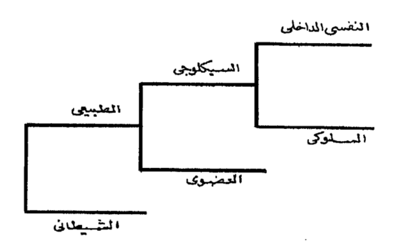
وكما أن منحى الإشراط الكلاسيكي يؤكد بصفة أساسية على «الكيفية How» لا «السبب Why» في السلوك المرضي، كذلك نجد المدرسة الإجرائية. أي أن الأعراض تتم دراستها من غير أن تكون هناك نية البحث عن أنواع الصراع الكامنة تحتها. ولعل هذا الفرق هو ما يميِّز بين النموذج النفسي الداخلي من ناحية والنموذج السلوكي من ناحية أخرى. فوجهة النظر النفسية الداخلية ترى أن الأعراض ليست أكثر من علامة على اضطراب خبيث أكثر انتشاراً؛ ولذلك كان من اللازم أن تدرس الشخصية بتعمق من أجل أن نتوصل إلى جذور المشكلة. وأما وجهة النظر السلوكية فترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة؛ وأننا لسنا بحاجة إلى شيء غير ذلك لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها. ولايزال هذا الخلاف مستعراً إلى اليوم.

ترى أي هذين النموذجين المعاصرين هو الصحيح؟ هل يزودنا أحدهما بطريقة للنظر إلى السلوك الشاذ أفضل من الآخر؟ ليست الإجابة عن هذين السؤالين أمراً سهلاً. فإن أفراد البشر يبلغون من التعقيد درجة يمكن معها أن تكون النماذج المختلفة على مستوى واحد من الكفاءة والفعالية بحسب نوع الاضطراب الذي نحن بصدده. قد يكون العلاج السلوكي هو العلاج المفضل بالنسبة للاضطرابات الخوافية وطريقة غير مناسبة في علاج حالات الاكتئاب الشديدة. وهكذا نرى أنه من الممكن أن يؤدي المستقبل إلى أن يختص كل من النموذجين بمجال خاص به.

كذلك من الممكن تماماً أن ينتهي الأمر إلى سيادة وسيطرة أحد هذين النموذجين أو أن يترك النموذجان مكانهما لمنحى آخر جديد يكون أكثر دقة ورقياً منهما. ولعل هذا الأمر لا سبيل إلى تجنبه في كل ميدان من ميادين المعرفة التي لاتزال تستقبل بيانات جديدة وفهمًا جديداً لا بد من إساغتها وتمثلها. ما الفترة الزمنية التي ستستغرقها هذه العملية؟ لو أننا تدبرنا أن نظرية خرافية مثل نظرية

الشياطين والمردة ظلت قائمة لفترة تبلغ ألفاً وخمسمائة سنة من قبل أن تختفي من الصورة لتبينٌ لنا أن الحكمة تقضي باصطناع الصبر وعدم التلهف.

ثم نختتم بأن نبينٌ أن هدفنا من هذا الفصل كان بيان التحولات التي طرأت على مفهوم الإنسان عن السلوك الشاذ عبر القرون. وهذا هو ما يحاول تصويره الشكل رقم ٤. لقد كانت دعوانا أن وجهات النظر الحالية إلى السلوك الشاذ لم تنشأ عن استبصارات مفاجئة، وإنما نشأت عن عملية تطور بطيئة قام فيها الصراع والتنافس بين النماذج المختلفة في علم الأمراض النفسية، وكل منها يحاول أن ينفرد بتفسير الظواهر الإنسانية المحيرة. كذلك رأينا في هذا الفصل أن علاج السلوك المرضي يستمد مباشرة من عدد معين من الافتراضات التي يتضمنها كل واحد من هذه النماذج، وهذا الرأي الذي ذهبنا إليه سوف نجعله موضوعاً لدراسة أعمق وأكثر تفصيلاً في أحد الفصول التالية. أما الآن فإننا نتجه إلى دراسة تلك الاضطرابات التي تتألف منها مجموعات أعراض السلوك الشاذ.



شكل ٤ ـ نماذج السلوك الشاذ

الفصل الثاني

مجموعات أعراض السلوك الشاذ

نطاق المرض النفسي في غاية الاتساع بحيث أنه يشمل طائفة متنوعة من الاضطرابات. على أن بعض هذه الاضطرابات نادر نسبياً، على حين أن بعضها الآخر يبلغ حداً من الشيوع يجعلها موضع اهتمام الأمة كلها. وعلى الرغم من أن الاضطراب العارض يتميز بعرض رئيسي واحد، إلا أن معظم الاضطرابات تتميز بعدد من الأعراض. من ذلك، مثلاً، أن من بين الأعراض التي يتضمنها الاضطراب الذي نشخصه بأنه ذهان الاكتئاب الإحساس بالتعب الجسمي، ومشاعر التأثم، وعدم الاستقرار، ونزعات الانتحار. كذلك من الممكن أن نحدد بعض المجموعات الأخرى من الأعراض لمعظم الاضطرابات العقلية الأخرى، وأن نشير إلى كل مجموعة من الأعراض بالزملة أي **مجموعة الأعراض** Syndrome.

ثم إن مجموعة الأعراض المرضية المختلفة تقع في واحد من عدة مقولات رئيسية. من بين هذه المقولات أو الطوائف التأخر العقلي. والعرض الأساسي في

هـذه المقولـة هو التخلف العقـلي Subnormal intellect، وإن كانت العيـوب الجسمية من قبيل تشوه الوجه وانحطاط التآزر الحركي شائعة كذلك. كذلك تكون **الاضطرابات العضوية** مقولة رئيسية ثانية. والمعيار الرئيسي الذي يستدل بـه على وجـود هذه المقـولة هـو إصابـة المخ بـالتلف أو الخلل في النواحي البيوكيميائية في المخ. وهناك أخيراً **الاضطرابات الوظيفية**. والعوامل النفسية تلعب هنا دوراً رئيسياً. مقولة **الاضطرابات الوظيفية** هذه، وتشمل العصاب والمرض الاجتماعي والذهان، هي أوسع فئات الاضطراب العقلي.

وفي الصفحات التاليـة نركـز على الاختلالات الوظيفيـة ونقوم بـوصفها بالتفصيل. وسوف نتفحص كل مجموعة أعـراض، لا من زاوية الإكلينيكي وحدها فحسب، ولكن من نـاحية المـريض كذلـك. وسوف نحـرص، كلما استطعنا، على أن نقدم روايات أو خبرات شخصية حتى نبين كيف يخبر المريض العقلي أمثال هذه الاضطرابات.

الاضطرابات العصابية Neurotic Disorders:

الأعراض التي تكون الاضطرابات العصابية متنوعة جداً وتمتد من مشاعر الخشية الغامضة إلى فقدان الذاكرة الذي لا يمكن تفسيره. كما أن الأعراض من هذا النوع قد لا تختلف في بعض الأحيان عما يعرض للأسوياء من قلق أو عجز عن التذكر. ولكن الأمر يصل في حالة المرضى بالعصاب إلى حد يعـطلهم تعطيلاً ظاهراً ملحوظاً، بل ويؤدي بهم إلى العجز في بعض الأحيان. أضف إلى ذلك أن هذه الأعراض تنبثق عادة من حالة سابقة قوامها القلق الملح، والشعور بانعدام الأمن، والعلاقات الاجتماعية غير المرضية.

وعلى الرغم من أن العصابي تكون أعراضه على درجة من الشدة والخطورة وأن القلق تكون له آثاره المدمرة، إلا أنه يكون قادراً على الاحتفاظ بقدر من الاتصال بالبيئة. فلا يكون لديه إلا أقل التشويه للواقع، ولا يكون للإيداع بالمستشفى داعٍ أو مبرر. ومعظم العصابيين يظلون قادرين على مواجهة مـا تتوقعه منهم الحضـارة أو المجتمع، وقـادرين على مـواجهة مسؤوليـاتهم ـ فهم يحتفظون بعلاقاتهم الأسرية، وبأعمالهم التـي يتكسبون منها، أو بالدراسة التي هم منخرطون فيها. ولكن الأعراض والقلق مع ذلك تمنعهم من أداء وظائفهم

في سلاسه كما كانوا يفعلون لو لم يصبهم العصاب.

ثم إن الأعـراض التي تشتمل عليهـا اختلالات العصـابيـة تنقسم إلى مقولات مختلفة متعددة. أما **أنواع عصاب القلق** فإنها تلك المقولة التي تكون فيها المخاوف المحددة ومشاعر الخشية الغامضة بمثابة الشكوى الشائعة إلى أكبر حد. وأما في **أنواع العصاب الوسواسي القهري** فإننا نجد المريض وقد أرهقته الأفكار الملحة التي لا تتوقف، كما نجده وقد اضطر إلى أن يسلك على نحو غريب أشبه بالطقوس. وأخيراً نجد في **أنواع العصاب الهستيري** أن الأعراض الجسمية وفقدان الذاكرة تلعب الدور الرئيسي الأساسي.

أنواع عصاب القلق Anxiety neuroses:

في هذه المقولة ينشأ القلق إما بوصفه استجابة لمثير محدد أو بوصفه حالة عامة من الخشية. ونحن نسمي هذه الحالة الأولى **بالخُواف** (الفوبيا)، ونسمي الحالة الثانية **باستجابة القلق**.

وفي الاختلالات الخُوافية يكون المريض فزعاً إلى حد مريع من بعض الموضوعات أو المواقف المعينة، ولكنه لا يستطيع أن يفهم السبب في خوفه. فمن مرضى الخواف من يفزعون من القطط أو الكلاب، كما أن منهم من يفرق من الحشرات، وكثير من المرضى ينشأ عندهم القلق البالغ من المباني المرتفعة أو من الأماكن المغلقة. وأياً ما كانت الظروف، فإن العصابيين من أبناء هذه المقولة يكونون قادرين على السيطرة على مخاوفهم غير المعقولة بمجـرد تجنب المواقف الخوافية، وهو الأمر الذي يجدون من الصعب تحقيقه في أكثر الأحيان.

والخواف يمكن أن ينشأ كاستجابة لطائفة واسعة من المثيرات التي لا تكون مفزعة في ذاتها في العادة. وأنواع الخواف تستمد أسماءها من مصدر القلق ـ مثال ذلك الخوف من الحيوانات zoophobia، والخـوف من المرتفعـات acrophobia، والخوف من الأماكن المغلقة claustrophobia، والخوف من الأمـاكن المفتوحـة agoraphobia، وهكذا.

ومن بين أكثر الأنواع الشائعة من الخواف نوع نجد تصويراً له في كتاب «الإله المتحرك» The Locomotive God (1927) الذي هو سيرة ذاتية عن خواف الأماكن المفتوحة كتبها أستاذ للغة الانجليزية بجامعة ويسكونسن Wisconsin

اسمه وليام ليونارد William Leonard. والمؤلف هنا يقدم وصفاً لخوف شديد من الأماكن المفتوحة، خوف استمر عدة سنوات ومنعه من أن يبعد كثيراً عن بيته. وخواف البعد أو الابتعاد هذا، كما سماه، قد اضطره في نهاية الأمر إلى أن ينتقل إلى شقة عبر الشارع من الجامعة حتى يكون أكثر قرباً من الصفوف الدراسية التي يقوم بتعليمها. وفي فقرة قصيرة، يصف ليونارد وصفاً حيوياً تلك الخبرة الانفعالية المرتبطة بالخواف عنده:

«وللانفعال المتضمن في خُواف البعد، كما أن للانفعال في كل ما عداه من أنواع الخواف درجات من الشدة محددة تحديداً واضحاً. فلنفترض أنني أسير في كورنيش الجامعة بحذاء البحيرة. إنك لتجدني رجلاً سوياً خلال ربع الميل الأول؛ ثم تجدني خلال الياردات المائتين التالية في حالة طفيفة من الخشية يمكن السيطرة عليها وأكون مسيطراً عليها بالفعل. فإذا كانت الياردات العشرون التالية وجدتني في حالة من الخشية ولكنني أسيطر عليها؛ ثم في الياردات العشر التالية تجدني في حالة من الرعب الشديد التي لا تصل إلى حد الانفجار، ثم لا أخطو أكثر من ست خطوات حتى تجدني في ذعر عنيف من الانعزال عن العون وعن البيت ومن الموت المباشر لا يكون عليه إلا رجل فوق ظهر سفينة في منتصف المحيط الأطلسي أو على حافة نافذة في ناطحة سحاب وقد جعلت ألسنة النيران تلامس كتفيه» (p. 321 — 22).

وقد قام ليونارد برد حالة الخواف عنده إلى واقعة في طفولته تجول فيها بعيداً عن بيته وأصيب فيها بالفزع من الضجيج الذي أحدثته قاطرة سكة حديدية أثناء مرورها. والظاهر أن هذه المعرفة لم يكن لها إلا قيمة قليلة بالنسبة له؛ إذ أن حالة الخواف هذه استمرت معظم مرحلة الرشد من حياته.

وسواء أكان المريض يخشى الأماكن المفتوحة، أم الأماكن المغلقة، أم أنواع العنكبوت، أم الحيات والثعابين، نجد أن من الممكن على الأقل أن نرد القلق في الخواف إلى شيء في البيئة. ولكن الأمر لا يكون كذلك بالنسبة لاستجابة القلق؛ وإنما نجد هنا أن المريض يخبر القلق الشديد حقاً، ولكن المصدر يظل مع ذلك غير معروف. ومهما بذل المريض من جهد في محاولة الكشف عن سبب ضيقه تراه لا يوفق.

واستجابة القلق قد تتخذ صورة التوتر المزمن أو نوبات القلق المتقطعة. وفي كل الأحوال وعلى اختلاف الصور التي تتخذها استجابة القلق نجدها تمثل تضخيمًا متفاقمًا للقلق السوي. أي أن مشاعر الخشية الغامضة التي نخبرها نحن جميعاً من وقت لآخر تبلغ عشرة أضعافها في استجابات القلق. وهذا هو ما

توضحه لنا دراسة الحالة التالية:

«أقبلت زوجة محام ناجح في السادسة والعشرين من العمر إلى عيادة سيكياترية بشكوى من أنها قد أصابها الفزع... وكانت تعاني من الصداع المستمر والإنهاك والتوتر ومن نوبات تقلصات في البطن والإسهال... وكانت قد تعرضت مرتين خلال العام المنصرم «لنوبات» يصيبها فيها الدوار والعرق البارد. وكان التشنج يستولي على يديها وقدميها، وقلبها يأخذ في الدق العنيف، والألم يستبد برأسها، وتحس بانسداد في الحلق وبعدم قدرتها على التنفس. وقد انتابتها إحدى هذه النوبات في منتصف الليل عندما كان زوجها في خارج المدينة. واستيقظت وهي تبكي وترتعد بعنف، وتذكرت أنها فكّرت في فزع: هأنذا مريضة وحيدة بينما زوجي بعيد عني ولا أحد يعلم من أنا. وكانت تردد وهي تسرد أعراضها في العيادة أن سلوكها أحمق، وتقول إنني أثير ضجة لا مبرر لها، ولكن الأمر خارج عن إرادتي». (Cameron and Margaret, 1951, p. 307)

إن عدم القدرة على تبين السبب في القلق هو ما يميز استجابة القلق. ولذلك فالنتيجة أن الفرد ينتهي به الحال إلى الحيرة والاضطراب وإلى أن يخبر القلق المزمن الذي يعجز عن أن يرده إلى أي سبب من الأسباب. وعلى الجملة نقول إن استجابات القلق والخواف تختلف من حيث مدى قدرة الفرد على الربط بين حالة الضيق وعدد من المثيرات المحددة. لكن القلق يظل مع ذلك الأمارة الرئيسية على أن الفرد في حالة من الهم، في كل من مجموعتي الأعراض.

العصاب الوسواسي القهري Obsessive — compulsive neuroses:

الوساوس والقُهار هما في حقيقة الأمر نوعان متمايزان من السلوك الشاذ. أما الوساوس obsessions فإنها أفكار مزعجة تقطع على الفرد سلسلة أفكاره دائمًا. وأما القُهار compulsions فإنه على خلاف ذلك أفعال من قبيل الطقوس يذكر العصابيون أنه لا بد لهم من إتيانها أو القيام بها. وعلى الرغم من أننا نرى هذين النوعين من السلوك منفصلين، إلا أنهما كثيراً ما يظهران معاً.

والوساوس في صورها الخفيفة أحداث عادية يومية. ولعل من أكثر الأمثلة شيوعاً على هذه الوساوس الخفيفة ما يلح على تفكير الزوجة ربة البيت أثناء اصطيافها من أنها قد تكون تركت صنبور الماء مفتوحاً في الدار، وما يحس به الشخص في دار السينما من الخشية الملحة من أنه قد يكون ترك مصابيح سيارته مضيئة. كما أنه يمكن أن نضيف إلى هذه الأمثلة تلك الوساوس التي هي أكثر

إزعاجاً والتي تتصل بالتشوه والموت والتي هي ليست قليلة الشيوع على خلاف ما قد يظن المرء. والمقتطفات التالية حصلنا عليها من طلاب الجامعات الأسوياء الذين طلب إليهم أن يصفوا أي «أفكار ثابتة fixed ideas» يمكنهم تذكرها. ذكر أحدهم:

«عندما كنت في حوالي الثامنة من العمر.. خيل إليَّ ان سوف أقطع رقبتي من الأذن إلى الأذن مستخدماً في ذلك سكين قصاب كبيرة معينة كانت في مطبخ جدتي. ولم أكن أستطيع أن أبعد عن نفسي هذه الفكرة... كنت أخشى الاقتراب من تلك السكين».

واستجاب آخر قائلاً:

«حين أكون في محطة للسكة الحديدية أرقب قطاراً ما أجد في نفسي الرغبة في أن أقفز أمامه، ولم يحدث يوماً أني تمكنت من التخلص من هذا الشعور. وقد حدث نفس الشيء عندما شاهدت شلالات نياجرا هذا الصيف. لقد أحسست وكأن شيئاً يحفزني على أن أقفز فيها» (Berry, 1916, pp. 19 — 22)

فإذا أصبحت الأفكار الوسواسية ملحة متصلة تعطل باستمرار ما يكون الفرد بصدده من النشاط، نكون قد دخلنا نطاق العصاب. وهنا تكون الأفكار الوسواسية مصحوبة في كثير من الأحيان بدرجة طاغية من القلق. ومن الواضح أن هذا المزيج من الأفكار المعطلة والقلق الملح تكون عبئاً ثقيلاً على الفرد.

على أن بعض العصابيين يحاولون مواجهة القلق الخطير من هذا النوع بأن يضعوا بعض الكلمات التي لا ضرر منها أو بعض الأهازيج مكان تلك الأفكار الوسواسية المهددة. ولكن هذا قد يكون له أيضاً نتائج سلبية.

«في الليل يشرد ذهني في أفكار تدمير الذات ـ لا في الرغبة في أن أقوم بهذا، وإنما في أفكار تمثل الانتحار في صور متعددة كريهة ـ وكنت أتخذ احتياطات مفصلة لأتقي ذلك. وكانت الجمل المسجوعة والأقوال المأثورة الشائعة السخيفة تكرر نفسها مرة بعد أخرى في رأسي. وطبيعي أن كل هذا كان يصل أحياناً إلى حد من الشدة لا يحتمل» (Lancet, editors of, 1951, pp. 84 — 85)

فالوساوس، إذن، أفكار ملحة تكون في غاية الإزعاج دائمًا تصل في بعض الأحيان إلى حد مفزع. لكنها في العادة لا تتحول إلى سلوك وتظل أفكاراً وحوافز. أما إن ترجمت إلى تصرف وفعل، قلنا إنها تحولت إلى أفعال قهرية أو قُهار.

والقُهار تصرف أو فعل جامد، أشبه بالطقوس أحياناً، يتميز بأنه ذو

خاصية اضطرارية شديدة. والأفعال القهرية مثل الوساوس كثيرة الشيوع وليست مَرَضية دائماً. فربة البيت التي لا بد لها من أن تنظف الحجرات في المنزل بترتيب ثابت، والطفل الذي لا بد له من تلاوة ترتيلة سرية من قبل أن يدخل الحمام، والراشد الذي يجد من الضروري أن يخطو على كل شق في الرصيف ـ كل هؤلاء يظهرون أنماطاً سلوكية قهارية.

وعلى الرغم من أن الخط الفاصل بين أنواع القهار السوي والقهار الشاذ خط غير واضح، إلا أننا نشتبه في وجود المرض النفسي إن بدأت أفعال الفرد تتدخل في قدرته على القيام بوظائفه اليومية بنجاح. وهذا يتضح من الحالة التالية:

مريض اجريت له مقابلة في عيادة خارجية لمستشفى كبير للأمراض العقلية شكا من حافز لا يمكنه مقاومته يدفعه إلى جمع علب السيريال الفارغة. وهو أعزب يعيش بمفرده في حجرة صغيرة. كان يخزن العلب تحت سريره وفي الأركان وفي خزانة الملابس. وقد استطاع أن يفعل ذلك من غير أن يلفت الأنظار إليه لأنه كان يعيش بمفرده. لكن الأمر ما لبث أن انتهى إلى تراكم الآلاف من هذه العلب حتى أصبح بالفعل وقد زحمته هذه العلب واصبحت تطارده من مكان إقامته. وأصبح لزاماً عليه أن يغير من عادات معيشته حين وجد أنه لم يعد يستطيع ان يأكل أو يرتدي ملابسه في غرفته. ثم تحول الأمر بمرور الوقت فأصبح أكثر مدعاة للضيق، ولذلك اضطر إلى أن يلتمس مساعدة الطب العقلي.

فيما أسلفنا مثال يبين كيف أن قهار المريض قد يزداد عن حده حتى يبدأ يهدد الروتين اليومي. وهذه هي النقطة التي يبدأ عندها كثير من الأفراد يعترفون بأن عاداتهم الغريبة ليست أموراً تافهة، ويصممون عندئذٍ على التماس معونة المتخصصين المهنيين.

والسلوك القهري الذي يخرج عن سيطرة صاحبه يكون جامداً اضطرارياً لا يمكن تجنبه. فإن المصابين بالعصاب القهري يقررون أنهم مدفوعون إلى أن يسلكوا على النحو الذي يسلكون عليه، وأنهم إن لم يمتثلوا ازدادت حدة القلق عندهم إلى درجة فائقة. وهذا هو ما توضحه حالة إمرأة تبلغ من العمر أربعين سنة كانت تخشى الجراثيم والتلوث من الآخرين إلى حد أدى بها إلى حالة شديدة من قهار الاغتسال.

«ولكي أجد شيئاً من الهدوء والطمأنينة، اغسل كل شيء بالماء والصابون، كما أني أقوم كذلك بغسل الثوب الذي ارتديته، بحسب الظروف... ولو أني ذهبت اتبضع وكان بالمحل بعض الناس عجزت عن الدخول في المحل، لأن الناس هناك قد

يدفعونني، ولأني قد أتقاضى نقوداً كانت لهم من قبل ذلك. ولهذا أظل في قلق طيلة اليوم، كما يظل القلق يدفعني هنا وهناك. وإذا بى أضطر إلى أن أغسل شيئاً هنا، ثم أنظف شيئاً هناك... إنني لا أجد الهدوء والطمأنينة في أي مكان». (Strauss, 1938)

هذه حالة تعليمية تبين لنا واحداً من أخطر ملامح العصـاب. . فإن العرض العصابي، ولو أن المقصود به تخفيف القلق، من شأنه أن يؤدي بدوره إلى القلق. كما أن المحاولات التي يبذلها المريض للانتقاص من حدة القلق الذي أحدثه المرض إنما تعيد المريض إلى أساليبه الأصلية في الانتقاص من حـدة القلق - أعني إلى العرض العصابي.

وإن في كثرة التدخين عند مدمني التدخين لعملية مشابهة لذلك. ذلك أن كثيراً من المدخنين يشعلون السيجارة عندما يشعرون على نحوٍ زائد قليلاً من التوتر أو عدم الارتياح، وهم يزعمون أن التدخين يعين على تهدئتهم، بحيث يصبح التدخـين في هذه الأحـوال بمثابـة واحد من الأسـاليب السائـدة التي يستخدمها المدخنون في الانتقاص من حدة القلق عندهم. لكن الرابطة بين التدخين من ناحية وسرطان الرئة والأمفيزيما (emphysema) وأمراض القلب من ناحية أخرى أمر شائع معروف على أساس أن معتاد التدخين إن لم يكن قد قرأ تقرير كبير الجراحين، فلا بد أنه قد تعرض لذلك العدد المتزايد من الإعلانات التي يذيعها الراديو والتلفزيون والتي تتحدث عن مضار التدخين. ولذلك فإن فعل التدخين لا بد وأن يؤدي بدوره إلى نوع خاص به من القلق. فكيف يلجأ معتاد التدخين إلى الانتقاص من حدة هذا القلق؟ بأن يشعل السيجارة وبذلك تكتمل الدائرة وتصبح السلسلة على أهبة التكرار. ولو أننـا استخدمنـا هذه الصياغة النظرية في فهم السلوك القهري لساعدنا ذلك على أن نفهم كيف أن مثل هذا السلوك يكرر نفسه وينحو نحو الدوام، وكيف أن المرضى بالعصاب يجدون من الصعب عليهم أن يفسخوا هذه الأنماط السلوكية غير التوافقية.

وعلى الرغم من المشكلات التي تخلقها الوساوس والأفعال القهرية، إلا أن كثيراً من المرضى يتمكنون من أن يؤدوا وظائفهم في صورة شبيهة بالسواء. لكن الأمر ليس كذلك بالنسبة للمرضى الذين يقعون في المقولة التالية من العصاب؛ إذ أن أعراض الهستيريا تبلغ حداً من الاختلال يجعلها تؤدي بالمريض إلى العجز وعدم الاقتدار.

أنواع العصاب الهستيري Hysterical neuroses:

تشغل أنواع العصاب الهستيري مكاناً بارزاً في تاريخ علم نفس الشواذ بسبب أعراضها الدرامية. ولعل الأنواع الهستيرية من العمى، والصمم، والشلل، وفقدان الذاكرة، وفقدان الجلد للحساسية قليل من كثير من الأعراض التي تتألف منها مجموعات الأعراض الهستيرية. والسبب في أن هذه الأعراض تلفت النظر بدرجة مدهشة أنه لا يكون لها أساس من الإصابة الجسمية أو التلف العصبي، ومع ذلك فإن أمثال هذه الأعراض لا تكون مزيفة أو قائمة على الإدعاء الكاذب، فإن الأفراد المصابين بالعمى الهستيري، على سبيل المثال، يكونون على حال من العجز عن الرؤية لا توازيها إلا حالة العميان معاً. ولكننا نجد في العصاب الهستيري أن العرض يضرب بجذوره إلى اختلال نفسي لا إلى اختلال عضوي.

لقد كانت الهستيريا، كما ذكرنا من قبل، هي الاضطراب الذي أقام عليه فرويد دعائم نظرية التحليل النفسي. وعند فرويد أن العرض الهستيري بمثابة مظهر رمزي لنوع كامن من الصراع لم يجد له حلاً بعد، نوع من الصراع يتصل بواقعة تهديد جنسي حدثت في الطفولة. مثال ذلك أن اليد المشلولة قد تكون مظهراً رمزياً على صراعات مبكرة تتصل بالاستمناء؛ وأن العمى الهستيري قد ينتج عن إغلاق المرء عينيه حتى لا يرى واقعة جنسية صادمة مبكرة لعلها أن تكون واقعة أتيح فيها للطفل أن يطلع مصادفة على الاتصال الجنسي بين والديه. وأياً ما كانت الظروف على وجه الدقة، فإن العرض، بحسب نظرية التحليل النفسي، يكون مشتقاً من صراع مبكر له أصول جنسية.

ومع ذلك ليس لزاماً على المرء أن يتشيع للتحليل النفسي حتى يمكنه فهم ظاهرة الهستيريا وتفسيرها. فإن كثيراً من الأعراض التي تعد هستيرية يمكن أن تعد صوراً غير مباشرة للتواصل الفكري الذي يبعث برسائل عن أنواع راهنة من الصراع الذي لا يكون بالضرورة ذا طبيعة جنسية. ودراسة الحالية التالية تصور جانباً من هذه الفكرة:

> كانت إمرأة شابة تشكو من صعوبة حادة تجدها عند الابتلاع مما دعا زوجها إلى أن يأتي بها إلى وحدة للصحة العقلية في الريف. وخلال مجرى العلاج النفسي القصير تبين أن المريضة وزوجها - وهو فلاح من نفس المنطقة الريفية - كانا على علاقة مُرْضية مريحة إلى حد كبير. كان الزوج أقرب إلى أن يكون شخصاً اتكالياً، وكانت الزوجة تجد قدراً

كبيراً من المتعة في أن تقوم بتلبية حاجاته.

لكن هذا كله تغير بشدة في يوم واحد حين وصلت أم الزوج فجأة لتقيم معها فترة غير محددة. وسرعان ما تخلت المريضة عن موضعها من الزوج للحماة المسيطرة التي بدأت تأخذ بيديها مقاليد الأمور في إدارة البيت. ثم حاولت الزوجة مرة واحدة أن تشكو الأمر لزوجها فكان جوابه أن «الوالدة لا تريد لنا إلا الخير» ولذلك قررت ألا تواصل الشكوى من بعد ذلك. وبدأت أعراضها تظهر من بعد ذلك بأسابيع قليلة.

وقد اتضح معنى اضطراب المريضة خلال العلاج حين جعلت تستكشف علاقتها بحماتها، إذ استطاعت في هذه الجلسات أن تعبر عن استيائها (الذي كانت تنكره أول الأمر) وأقرت بأنه قد أعياها أن «تبلع ما كانت حماتها تقدمه».

وخف العرض قليلاً أثناء العلاج ثم اختفى تماماً حين عزمت الحماة أن تعود إلى بيتها الخاص بها. ولعله من السهل الآن أن نتبين أن أعراض المريضة كانت تؤدي وظيفة التوصيل الرمزي لما عجزت المريضة عن أن تعلنه صراحة.

لكن العلاقة بين الصراعات النفسية ومظاهرها الجسمية لا تكون دائمًا بهذا الوضوح في الحالات الأخرى التي تتضمن أعراضاً هستيرية. وربما كان السبب في ذلك أننا لا نعلم إلا القليل جداً عن الميكانيزمات التي يتم بها التعبير جسمياً عن التعبيرات اللفظية عن الانفعال والتفكير. صحيح أن لغتنا مليئة بالتعبيرات من قبيل «خنقه الغيظ»، «فلان بمثابة الألم في الرقبة»، «أنا لا أطيق مجرد التطلع إليه»، وهكذا، وأن الناس تنشأ عندهم صعوبات في الابتلاع وفي الاستدارة برؤوسهم وفي الرؤية بوضوح. ولكن «لغة الجسم» لاتزال حتى الآن غامضة إلى حد كبير. لكننا نعلم مع ذلك أن كثيراً من الأعراض تعين المريض على أن يتجنب موقفاً ينطوي على التهديد أو تعينه على أن ينتقص من حدة القلق الذي بصدد الظهور.

ثم إن هناك نوعاً آخر من الاضطراب العصابي الذي يقع في هذه المقولة هو الأمنيزيا الهستيرية أو فقدان الذاكرة الهستيري. في هذا الاضطراب نجد أن الدرجات المتفاوتة من فقد الذاكرة تعطل وتفسد ما يكون قائمًا من السلوك عند المريض، بل وتسبب في بعض الأحيان فجوات خطيرة في إدراكه هويته وذاتيته. وفقدان الذاكرة الهستيري، في أخف صورة يمكن ملاحظتها، يؤدي إلى أن تمحى واقعة معينة من النوع الذي يؤدي تذكره إلى القلق. فالجندي الذي لا يستطيع أن يتذكر اليوم الذي خرج فيه في مهمة خطيرة، والشاب الذي رفضته خطيبته والذي لا يستطيع أن يتذكر الظروف التي قام فيها هو وخطيبته بفسخ خطبتهما،

مثالان على فقدان الذاكرة الوظيفي الطفيف. وفي كلتا الحالتين السابقتين نجد أن العجز المفاجىء عن تذكر وقائع معينة أو حادثة صادمة من شأنه أن يعصم الفرد من مواجهة الحقائق التي قد تكون محرجة أو مثيرة للقلق.

على أن فقدان الذاكرة قد يصبح في بعض الحالات أوسع انتشاراً من ذلك بحيث يؤدي إلى سلوك مختلف اختلافاً شديداً، سلوك لا يستطيع المريض تذكره فيما بعد. والمثال على ذلك نجده في **حالات الهروب fugue state**. ففي هذا الاضطراب يهرب المريض من ظروفه المعتادة، ويعيش حياة مختلفة عدة أيام أو أسابيع أو شهور، ثم يستفيق فجأة من غير أن يعرف أين هو وما الذي أتى به هناك. وقد تعود ذاكرته عودة تلقائية في بعض الحالات؛ كما أنه قد يحدث في بعض الحالات الأخرى أن تلتفت السلطات إلى حالته فيعيدونه إلى بيته. وإنه لمن المستحيل أن نقدر عدد الأشخاص المفقودين الذين نظن أنهم هاربون والذين يكونون ضحايا بالفعل لحالات الهروب. والواقعة التالية تصور لنا الحيرة التي ترتبط عادة بمجموعة الأعراض هذه:

«بعد أن اكدت لزوجتي أنني سأعود بعد دقيقة أو إثنتين، خرجت وعجزت عن العودة... كان عندي شعور بالحيرة والدهشة مستقر في ذهني ليس مختلفاً عن ذلك الشعور الذي قد يخبره الشخص حين يفيق من نوم عميق في مكان غريب. أين كنت أنا؟ ومن أكون أنا؟ هناك خطأ ما ولكن ترى ما هو؟.. كنت قد أدركت بالفعل أن شيئاً غير عادي قد حدث لي، ولكني كنت لا أزال أشعر كما لو كان من الممكن أن أستيقظ في أي لحظة لأجد الأمر كله حلمًا من الأحلام. ثم انقضت بضعة دقائق من قبل أن أتبين تماماً أني لا أتذكر مطلقاً أي شيء عن مجرى الأحداث التي قد تكون أتت بي إلى الوضع الراهن. أي أن الماضي المباشر بدا وكأنه هباء في هباء». (Anon., 1932 b, pp. 16 — 18)

وعلى الرغم من أن المريض في حالة الهروب يظل فاقداً لذاكرته لفترات ممتدة من الزمن، إلا أنه يستطيع دائمًا أن يستأنف حياته السوية بمجرد أن يستعيد ذاكرته. لكن الأمر يكون على خلاف ذلك تماماً في حالة **تعدد الشخصية**، multiple personality، إذ يظل الفرد يتذبذب بين حياتين مختلفتين أو بين أكثر من ذلك، وهو يعيش في واقع الأمر عدة صور مختلفة من الحياة. وهذه الاضطرابات، وإن كانت نادرة جداً، تستأثر بقدر كبير من الانتباه بسبب خصائصها الدرامية.

ولعل أشهر حالات تعدد الشخصية تلك التي أذاعها إثنان من المختصين بالطب العقلي هما ثيجبن Thigpen وكليكلي Cleckley اللذان قاما، في «إيف ذات

الوجوه الثلاثة» The Three Faces of Eve (1957) برسم صورة أخاذة لإمرأة شابة متزوجة أظهرت ثلاث شخصيات مستقلة. أما الأولى إيف هوايت فكانت إمرأة في وقار العجائز، محافظة، شديدة التمسك بالأخلاق بحيث أن أحسن ما توصف به أنها كانت مثالاً للفضيلة. وأما الأخرى إيف بلاك فكانت أقل تمسكاً بالمبادىء وأكثر اتباعاً للأهواء الشخصية، قادرة على الغواية، تنحو تجاه المرح والمغامرة. وأما جين Jane فكانت عامل التوازن بين الشخصيتين السابقتين، وأكثر الشخصيات إحساساً بالمسؤولية وحظاً من النضج. كذلك كانت حياة جين، على خلاف الأخرين، أكثر خلواً من المشاكل، وأكثر استعداداً لتكوين العلاقات الطيبة. وكانت هذه الشخصيات المختلفة، طوال دراسة الحالة هذه، تتصارع وتتحارب إحداها مع الأخرى وتحاول كل منها جاهدة أن تفرض إرادتها. وفي نهاية الأمر انحل الصراع الذي أدى إلى التعجيل بنشأة الاضطراب عن طريق المساعدة التي قدمها الطب العقلي وأصبحت جين صاحبة السيادة والسيطرة.

على أن المرء ليس بحاجة إلى قدر كبير من الخيال حتى يتبين أن إيف بلاك وإيف هوايت وجين بمثابة تجسيدات إنسانية للهو والأنا الأعلى والأنا. ورعونة إيف بلاك، والتمسك الشديد بالأخلاق عند إيف هوايت، ونضج جين لا يمثل شيئاً أكثر من وجهة نظر فرويد، فيما يكون بين أجزاء الشخصية من تفاعلات نفسية داخلية بعد أن تم تصويرها في إطار اجتماعي. أي أن القصة الفريدة لنضال المرأة من أجل التعامل مع شخصياتها المختلفة لا تختلف كثيراً عن القصة العامة عن الصراع النفسي الداخلي كما تصورها نظرية التحليل النفسي. وكما أن الوجوه الثلاثة لإيف اصطرع بعضها مع بعض من أجل السيطرة على الكائن الحي بأكمله، كذلك تتصارع تلك القوى الداخلية التي نطلق عليها أسماء: الهو، والأنا، والأنا الأعلى.

استعرضنا مجموعات الأعراض المختلفة فتناولنا بذلك طائفة متنوعة من السلوك التي يبدو كثير منه وكأنه لا وجود للعلاقة بين بعضها وبعض. لكن الفحص الدقيق مع ذلك يكشف لنا عن أن مجموعات الأعراض المختلفة، التي تمتد فيها بين حالات الخواف وحالات فقدان الذاكرة الهستيري تبدو وكأنها تمثل الأساليب التي يجبر بها الفرد بها القلق ويحاول تناوله بها. وعلى ذلك، فإن القلق -فيما يبدو- يلعب الدور الرئيسي في نشوء السلوك العصابي واستمراره.

ثم إن الأسلوب الدقيق الذي يستخدمه الباحث في فهم القلق، أعني من حيث نشأته ووظائفه، وتفسيره للسلوك العَرَضي أمور تتوقف على نوع النموذج الذي يتشيع له. أما أصحاب نظرية التحليل النفسي من المتشيعين للنموذج النفسي الداخلي فيرون أن العَرَض العصابي عبارة عن أسلوب غير مباشر في تصريف التوترات اللاشعورية. ولعلنا نذكر أن هذه النظرية ترى في الإنسان كياناً من شأنه أنه يولد ويصرف على الدوام طاقات جنسية وعدوانية. ولو أن الطاقة لم يتم تصريفها تصريفاً فعالاً عن طريق السلوك الظاهر الصريح، لجاز أن تحتبس أو تسبب توتراً لا ينتهي ولا يمكن تحمله. والأفراد المصابون بالعصاب بسبب الخبرات السلبية في الطفولة لا يكونون قد تعلموا كيف يحسنون التخلص من التوترات وتصريفها من غير أن يترتب على ذلك مشاعر تأثم قوية. ولذلك فإن العَرَض يكون وسيلة رمزية لتصريف التوترات المرتبطة بالنزعات التي لا يمكن التعبير عنها تعبيراً مباشراً أو التي لا يمكن مواجهتها مواجهة صريحة.

وهكذا نجد أن التوتر، في حالة المريض بالوساوس والقهار، مثلاً، يتصرف بصفة دورية عن طريق سلسلة من الأفعال التكرارية التي هي من قبيل جمع الأشياء أو غسل اليد القهري. أي أن أمثال هذه الأفعال أو أوجه النشاط تكون بمثابة مظهر رمزي لأنواع من الصراع المتصلة بالتعبير عن النزعات التي كانت تظهر خلال المرحلة الشرجية والتي كانت تدور حول النظام والنظافة. ثم إن دوام هذه الصراعات واستمرارها حتى اللحظة الحاضرة (وهو ما يفسر من خلال مفهوم التثبيت) يؤدي إلى القلق كما يؤدي إلى نشأة العرض. والمريض يتمكن من السيطرة على القلق والحيلولة دون ازدياده طالما كان يقوم بأفعاله التي هي من قبيل الطقوس. لكننا نجد مع ذلك أنه يدفع في مقابل هذا ثمناً هو إصابته بالعرض العصابي.

أما أصحاب النموذج السلوكي فإنهم لا يرون في الأعراض صوراً رمزية، وإنما يرونها سلوكاً متعلّماً نشأ عن مجموعة من الظروف. وعلى الرغم من أن للنموذج السلوكي أنواعاً تتفاوت فيما بينها (الكلاسيكي في مقابل الإجرائي)، وأن مجموعات الأعراض التي تحظى بالاهتمام يختلف بعضها عن بعض كذلك، إلا أن معظم الأعراض العصابية ينظر إليها على أنها سلوك تجنبي. فسلوك الخواف ينظر إليه على أنه محاولة يبذلها الفرد لتجنب أنواع محددة من

المثيرات بسبب واقعة قديمة ارتبطت فيها هذه المثيرات بالقلق. والأعراض الوسواسية القهارية تفسر بأنها أساليب عميقة الجذور لتشتيت الانتباه وتحويله. من ذلك أن الطفل الذي يتعرض بصفة متكررة للزجر أو للعقاب البدني على مائدة الطعام قد يتعلم أن يطلب السماح له بالذهاب إلى دورة المياه وأن يغتسل كوسيلة للانتقاص من القلق. ثم إنه قد يلجأ فيها بعد وبصورة تلقائية إلى غسل اليدين كلما بدأ يشعر بالقلق. وهكذا ينتج المرض النفسي من سلسلة شرطية يقوم فيها سلوك معين بالانتقاص من حدة القلق. أما استمراره ودوامه إلى اللحظة الحاضرة فإنه أمر ناتج عن شدة التعلم والمغالاة فيه بحيث أنه لا صلة بينه وبين صراع كامن، كما أنه ليس مظهراً رمزياً له.

الاضطرابات السوسيوباثية Sociopathic Disorders:

ظلت مجموعة الأعراض السوسيوباثية التي تتألف من الجناح المزمن، والاعتماد على العقاقير، والانحرافات الجنسية، موضوعاً للدراسة الإكلينيكية عدة سنوات. كذلك لبثنا إلى أواخر القرن التاسع عشر ننظر إلى كل من يقع في واحدة من هذه المقولات على أنه مجرم أو فرد لا أمل في إصلاحه. وعلى الرغم من أن بعض هؤلاء كانوا يتعرضون أحياناً للمعاملة الإنسانية، إلا أن أكثرهم كان يعاقب بقسوة. ولكنهم مع ذلك لم يتغيروا مهما فعلنا بهم أو فعلنا لهم. ثم أخذ الإكلينيكيون ينسبون ذلك إلى نوع دقيق من التلف في المخ بعد أن عجزوا عن تفسير مثل هذا الزيغ في السلوك.

وبنمو النموذج السيكولوجي، أخذ إعجاب الناس وتشيعهم للتفسيرات العضوية للسلوك غير الاجتماعي يتناقص ويتناقص. وبدأوا ينظرون إلى الخُلُق المنحرف، لا على أنه نتيجة لتلف في المخ، وإنما على أنه نتيجة للتعلم. ثم درس علماء النفس وأطباء الأمراض العقلية الاضطرابات السوسيوباثية بدرجة أكبر من العمق وانتهوا إلى أن الطبيعة المحددة لعجز السوسيوباثيين عن التعلم ينشأ عن قصور في النمو الخُلُقي. وبدا أن الفرد السوسيوباثي لم يتمكن من إساغة وتمثيل ذلك النمط من التعلم الذي كان لازماً من أجل أن ينمو لديه ما نسميه بالضمير. إذ أن الأفراد من هذا النوع كانوا يظهرون عدم حساسية غريبة للقواعد الاجتماعية. بل إنه كان لا يبدو عليهم كذلك إلا أقل التأثم والندم بعد ارتكابهم لأفعالهم السيئة.

وسلوك المريض السوسيوباثي أقرب إلى أن يكون أمراً يصعب التنبُّؤ به، بل وكثيراً ما نعجز عن فهمه. هو مثلاً قد يلجأ إلى الكذب حين يكون من الأسهل عليه أن يقول الصدق. وهو قد يسرق حين لا يدفعه إلى ذلك شيء ظاهر من الربح. كما أن بعض أفعاله المنحرفة ترتكب سراً، كما هو الحال في أنماط معينة من الانحراف الجنسي، على حين أنه يتباهى في بعض الأحيان بتمرده وصلفه. ومهما تكن الصورة التي يتخذها سلوكه، نجده يتميز بطابع لا تخطئه العين ـ ذلك هو عدم الاكتراث بالعرف السائد في المجتمع إلى درجة وقحة. ولعل هذه الخاصية الواحدة هي ما يجمع بين الجناح المزمن، وسوء استخدام العقاقير، والانحراف الجنسي، وهي الطوائف الثلاث الرئيسية في الاضطرابات السوسيوباثية، تحت مقولة تشخيصية واحدة.

الجُناح المزمن **Chronic Delinquency**:

يشير مصطلح «الجناح» إلى طائفة متنوعة من المخالفات القانونية والخُلُقية التي تتراوح فيما بين سرقة السيارات وتزوير الصكوك والغش في أوراق اللعب (الكوتشينة). وعلى الرغم من أن الجناح لا يتضمن على الدوام مخالفة للقوانين، إلا أن الجانحين السوسيوباثيين الذين يخرجون على القوانين تظهر عندهم أنماط الارتداد المزمن (chronic recidivism patterns)، أعني أنهم يخرجون من السجن ليعودوا إليه وهكذا دواليك. ومع ذلك فإن عدداً كبيراً منهم يكون لديه من المهارة ما يمكنه من تجنب الإقامة في السجن لفترات طويلة. وهم يعولون أنفسهم، في حياتهم هذه على هامش المجتمع، عن طريق إساءة استغلال ضعف الآخرين ومشاعرهم.

ولهذه الطائفة ينتمي رجل العصابات، ومروج المخدرات، والقواد. على أن القاسم المشترك الذي يكمن وراء سلوكهم جميعاً هو اتجاه اللامبالاة والانسلاخ نحو سائر الناس الآخرين. كما أن هذا الاتجاه يتجلى، كما تتجلى الصورة في المرآة، في النظرة التجارية البحتة عند القواد إلى البغايا اللائي يتعامل معهن، وفي الانسلاخ البارد عند مروِّج المخدرات نحو من دمرهم إدمان المخدرات ممن يعتمدون عليه، وفي عدم اكتراث رجل العصابات لأولئك الذين يسطو على ما قضوا حياتهم في ادخاره. أي أننا نفتقد في الجانحين السوسيوباثيين أدنى درجة من التعاطف والتراحم والدفء الإنساني التي نتوقعها في أكثر أفراد البشر.

ومع ذلك، فإن هذه الاتجاهات غير الاجتماعية من النوع الذي وصفناه ليست مقصورة على القوادين ومروِّجي المخدرات ورجال العصابات. وإنما هي موجودة كذلك بين عدد من السوسيوباثيين المحترمين - مثل بعض ممن لا أخلاق لهم من المحامين، والأطباء، ورجال الأعمال الذين يضحون بصالح عملائهم وأعوانهم في مقابل حاجاتهم الأنانية. وهؤلاء يشتركون مع الأولين في عجزهم عن إظهار التراحم الحقيقي أو عن إقامة علاقات لها معنى. وفي دراسة الحالة التالية نرى الدليل المتكرر على هذا النوع من العجز.

«كان هذا الرجل الشاب الذي لايزال في أوائل العقد الثالث من عمره ينحدر من أسرة محترمة بارزة في قرية صغيرة من قرى الجنوب. . . . وقد أصبح خلال سنوات الدراسة مشكلة خطيرة بسبب هروبه المستمر وسلوكه غير المنتظم في حجرة الدراسة، وبسبب ما بدا من أنه خُلِق التمرد بصفة عامة. . . وقد أصبح من عادته قبل أن يبلغ الثانية عشرة من العمر أن يقوم بسرقة الأشياء من منزله ليبيعها في المدينة. كان يسرق ساعة أو قطعة من حلى أمه، ثم يرتضي مقابل هذه الأشياء الثمينة إلى حد ما ثمناً يبلغ الدولار بل ونصف الدولار. وكان يظهر أحياناً نوعاً من العبقرية الحقة في إخفاء جريمته، ولكنه كان في بعض الأحيان الأخرى لا يهتم بإخفاء أفعال كان من الواضح أنها لا بد وأن تؤدي إلى اكتشافه. . . وفي سنوات المراهقة بدأ يسرق السيارات، ولذلك حاول أبوه أن يرضى ما قد يحسبه المرء من أنه النزعات التي تدفعه إلى إتيان ذلك السلوك، فاشترى له سيارة خاصة. ولكن هذا لم يمنعه. فقد حدث ذات مرة من بعد ذلك أنه كان يقود سيارته الخاصة ثم إذا به يتوقف ويترك سيارته ليدخل في سيارة أخرى يمضي بها هارباً. ثم سرعان ما تخلى عن السيارة المسروقة من غير أن يكون قد حقق شيئاً من الغنم المادي أو غيره من وراء ذلك.

وأما علاقاته مع النساء فكانت غير قائمة على التمييز ولا تنبئ في ظاهرها على أية ارتباطات جادة من جانبه. وقد مكنته جاذبيته السطحية وما بدا عليه من صدق النية أن يغوي عدداً من النساء ممن هن في عداد النسوة المحترمات بما في ذلك زوجة صديق كان عند ذاك يقاتل فيما وراء البحار. كذلك أخذ ينطلق في مصاحبة عدد من البغايا الرخيصات، ثم تزوج بعد عدد من السنوات واحدة منهن كان قد شارك ذات ليلة في الاتصال الجنسي بها عدداً من معارف الشراب، ثم تركها فجأة وبقليل من الشعور بالالتزام كما فعل مع النسوة ذوات السمعة الطيبة اللائي كان قد أغواهن.

أما أولئك الناس الذين تحدثوا معه بعد الكوارث التي حلت به أو حين كان يلتمس الرأفة من المحاكم فقد كانوا يعجبون به دائماً. بل إن كثيرين من هؤلاء الناصحين بمن فيهم من القضاة والأطباء ورجال الدين كانوا يشعرون بأنه رجل ذو مقدرة ملحوظة استطاع أخيراً أن يجد نفسه وسوف يسلك من بعد ذلك سلوكاً خلقياً يعجب الآخرين. كما كانوا يعترفون بأنه استطاع أن يزودهم بوجهات نظر جديدة وأن يبعث فيهم الأمل في أن يصلحوا من حياتهم. ولكنه كان يعود مباشرة بعد كل واقعة من هذا النوع إلى النمط المألوف». (Cleckley, 1948, pp. 259 — 60)

في الحالات التي من هذا النوع، تذهب الجهود التي تبذل في تأهيلهم أدراج الرياح. ذلك أن السوسيوباثيين لا يكونـون عادة في ضيق من سـوء سلوكهم؛ ولذلك نجد أن الدافع اللازم توفره من أجل العلاج غير متحقق. ولو أن التغير العلاجي تحقق، لكان نوعاً سطحياً مؤقتاً من التغير.

وإذا كان السوسيوباثيون يكثرون من مخالفة القوانين ويضطرون كثيراً إلى مـواجهة التهم الجنـائية، فـما الـذي يفـرق بينهم وبـين المجـرمـين من غـير السوسيوباثيين؟. . من الواضح أن هذا السؤال معقد وأنه يتضمن تعريفات للجريمة وللمرض العقلي، وللقيم الشخصية كذلك. ولعل بعض الإجابة تكمن في الدوافع التي ننسبها إلى الأشخاص الذين يرتكبون أفعال الجريمة وفيما يكون للعقاب من تأثير عليهم.

فلو أنه بدا أن مخالفة القانون تدفع إليها الرغبـة في تحقيق الربـح أو الغضب أو الانتقام لجنحنا إلى أن نعدها سلوكاً إجرامياً عادياً. أما إن كان السلوك ذا طبيعة تكرارية وبدا أن الدافع إليه هو حاجة الفرد الذي يتملكه التأثم إلى أن يقبض عليه ويعاقب، جنحنا إلى أن نعد الفرد عصابياً. والحالة الأخيرة هي ما نجده كثيراً في حالة السرقة القهرية من المحلات أو الكليبتومانيا Kleptomania (جنون ـ mania، يسرق Klepto). أما إن كان الفعل الإجرامي مصاحباً بعنف لا داعي له أو بحيث يبدو أنه قد تم بقصد التلهي، جنحنا إلى أن نعده سوسيوباثياً.

ومصطلح «السوسيوباثيا» نقصره على السلوك الذي لا يكون عصابياً أو ذهانياً والذي يكون مع ذلك متميزاً بأنه لا داعي له ولا معنى له وصادراً عن الرعونة. وهكذا نجد أن الشخص الذي يرتكب سرقة بالإكراه وتحت تهديد السلاح ثم يعتدي على ضحيته بدون رحمة بعد أن يكون قد استولى على نقوده، والمدير ميسور الحال الذي يختلس مبالغ ليس في حاجة إليها يمكن أن يندرجا في طائفة السوسيوباثيين. ثم إن هذا الشخص أو ذاك لو استمر في نفس الطريق بعد أن يقبض عليه وتوقع عليه العقوبة، من غير أن يبدو عليه أنه قد أفاد من الدرس الذي ألقي عليه، لا بد أن يؤكد صحة تشخيصنا المبدئي الذي يضعهما في طائفة السوسيوباثيين.

وعلى الرغم من أن كثيراً من السلوك الجانح عند السوسيوباثي لا يكون

من ورائه قصد أو غاية كما أنه سلوك من شأنه أنه يخذل صاحبه، إلا أنه من غير الحكمة أن نصف الجانح بالغباء أو الغفلة؛ فإن أمثال هؤلاء الأفراد قد يكونون ـ كما رأينا في دراسة الحالة السابقة ـ على درجة كبيرة من المهارة في تفاعلاتهم الاجتماعية. كما أنهم يصلون بدرجاتهم إلى مستويات متوسطة أو فوق المتوسطة في اختبارات الذكاء المقننة. ثم إن السوسيوباثي يدرك في كثير من الأحيان كيف يسلك السلوك الصحيح. ولذلك فإن ما نشهده هو نوع من العجز عن الالتزام بالحد الأدنى من المعايير الاجتماعية أو نوع من عدم الرغبة في الالتزام بهذا الحد. وإن هذا النمط المتمرِّد من السلوك هو ما يؤدي بصاحبه في آخر الأمر إلى المستشفى أو إلى السجن.

سوء استخدام العقاقير:

العقاقير من الموضوعات التي اتسع النقاش فيها واختلفت الآراء بشأنها في أيامنا هذه، بل إنها كذلك من بين أشد الموضوعات المحيرة. ذلك أن المصطلحات من قبيل الإدمان، وسوء استخدام العقاقير، والاعتماد على العقاقير تظهر دائمًا في الصحف وعلى التلفزيون وترتبط في كثير من الأحيان بقضايا ذات شحنة انفعالية عالية إلى حد أن معانيها قد أصبحت مشوهة. ولكي نزيل الخلط الذي يحيط بموضوع سوء استخدام العقاقير، سوف نتبع توصية منظمة الصحة العالمية ونركز مناقشاتنا حول مفاهيم الاعتماد النفسي والاعتماد البدني.

أما الاعتماد النفسي أو الاعتياد habituation فإنه يُفترض في كل حالة تقريباً من الاستخدام المستمر للعقاقير. والاعتماد من هذا النوع لا يكون له أساس من النواحي البيوكيميائية في الجسم، ولكنه يكون مع ذلك قاهراً تماماً. كما إن منع العقار عن المعتاد يؤدي إلى اشتهاء نفسي شديد له، وإلى مشاعر بالتوتر الشديد والخواء. وهكذا نجد أن الاعتماد النفسي هو السبب فيما نرى من نوبات النيكوتين عند من اشتد إدمانه للتدخين، والاكتئاب عند معتاد عقار الميتادرين methadrine، والتوتر الشديد عند معتاد شرب الخمر.

وأما الاعتمادالجسمي أو الإدمان فيتحدد بظاهرتين مرتبطتين ولكن منفصلتين هما: الإطاقة أو التحمل tolerance، ووجود مجموعة أعراض الامتناع abstinence syndrome. فأما الإطاقة فتشير إلى قدرة العقار، بعد الاستعمال

المستمر له، على أن يغير النواحي البيوكيميائية في الجسم إلى حد يجعل من الضروري استخدام جرعات متزايدة باستمرار حتى يحدث نفس الأثر الذي كان تحدثه من قبل جرعات أصغر. وهكذا نجد أن مدمن الخمر قد أصبح يحتاج إلى نصف ليتر أو أكثر من المسكر في اليوم ليحصل على نفس التأثير الذي كان يحصل عليه من قبل من كأس أو كأسين؛ كما نجد أن مدمن المخدرات قد أصبح يحتاج إلى خمس جرعات من الهيروين في اليوم ليخبر النشوة التي كان يصيبها من قبل بعد جرعة واحدة. على أن قدرة العقار على أن يسبب الإطاقة لا تعني بالضرورة أنه يسبب الاعتماد الجسمي. ذلك أن كل عقار تقريباً يحدث الإطاقة لو أنه استخدم يومياً. ولذلك نحن لا نحكم بأن هناك إدماناً إلا إن كانت هناك مجموعة أعراض الامتناع.

ومجموعة أعراض الامتناع هي طائفة محدودة من الأعراض التي تظهر باستمرار كلما انتهت فجأة عملية تناول بعض العقاقير المعينة. وهذه المجموعة من الأعراض، التي يستخدم اللفظ الشائع أعراض الامتناع أو الانسحاب لتسميتها، تختلف بعض الاختلاف الذي يتوقف على نوع العقار محل النظر. وفكرة الناس عن الانسحاب ترتكز بصفة أساسية على ما تصوره الكتب ووسائل الإعلام عن مجموعة أعراض الامتناع عن المورفين التي تنتج من الانسحاب من الهيروين. لكن مجموعة أعراض الامتناع عن الكحوليات والباربتيورات Alcohol — barbiturate abstinence syndrome كما سنرى فيما بعد، أمر مختلف تماماً. وعلى الرغم من أن أمثال هذه الأعراض لم نتوصل إلى فهمها فهمًا كاملاً بعد، إلا أنه يبدو أنها تنشأ من نوع كامن من القابلية المفرطة للتهيج في الجهاز العصبي المركزي تنشأ عن الإفراط المستمر في تناول العقار، بحيث أن منع العقار عن المدمن يؤدي إلى ظهور استثارة عصبية ويحدث عدداً من الآثار المؤلمة بل والمفزعة أحياناً.

وأخيراً نجد أن سوء استخدام العقار مفهوم حضاري اجتماعي أكثر من أن يكون مفهوماً جسمياً أو نفسياً. أي أن استخدام العقاقير يعد أمراً سوسيوباثياً (إساءة استخدام) حين يصبح التماس العقار أمراً يعطل بصفة متكررة عملية التوافق الاجتماعي أو المهني ويؤذي الصحة إلى درجة خطيرة. من ذلك أن مدمن الخمر قد يبتعد أو يغترب عن أصدقائه وزملائه في العمل

فيضطر رؤساؤه في العمل إلى الاستغناء عنه؛ كما أن مدمن الهيروين قد يسرق من أسرته أو يدفع بزوجته إلى البغاء حتى يتمكن من الإنفاق على عادته. وسواء أكان التماس العقار نوعاً من الاعتماد النفسي، أو نوعاً من الاعتماد الجسمي، أو مزيجاً من الاعتماد النفسي والجسمي، فإنه يترتب عليه استبعاد القيم الأخرى في الحياة التي قد يكون على رأسها في الأهمية المحافظة على العلاقات الوثيقة بالناس.

على أن هناك عدداً هائلاً من المواد التي يمكن أن تحدث الاعتماد الجسمي أو النفسي. وفي الجدول رقم (١) نجد بعض المواد التي هي أكثر شيوعاً من غيرها.

جدول رقم ١ - **عقاقير الاعتياد والإدمان**

المهدئات Depressants	المنبهات Stimulants	المغيبات Psychedelics
الكحول	الكافيين	الماريجوانا
المخدرات narcotics :	النيكوتين	بسيلوسايبين
المورفين	الكوكايين	المسكالين
الهيروين	الأمفيتامين:	ل س د
المركبات أو المخلقات (الميثادون، الدميرول الخ)	بنزيدرين	
الباربتيورات	دكس درين	
الأميتال	ميثادرين	
النمبوتال		
المسكنات tranquilizers :		
أكواينل		
ملتادن		

والمواد المندرجة تحت المهدئات هي وحدها القادرة على أن تولد اعتماداً جسمياً، كما أن الكحول في هذه المجموعة هو الذي يمكن إساءة استخدامه بدرجة أكبر من غيره كثيراً. ذلك أن عدد الناس الذين يتركون وظائفهم أو يواجهون الانفصال عن الزوج وينتهون إلى مستشفيات الأمراض العقلية نتيجة سوء استخدام الكحول أكبر من عدد الناس الذين يتعرضون لهذا نتيجة سوء

استخدام أي عقار آخر. وهم يقدرون أن هناك ما يزيد عن خمسة ملايين من مدمني المشروبات الكحولية في الولايات المتحدة بالإضافة إلى ستة ملايين من مكثري الشراب الذين وصلوا حد الاعتياد والذين لا يتحولون إلى مدمنين.

وإدمان الخمر عملية بطيئة خفية تستغرق الشهور بل والسنوات في نموها. تبدأ عادة بفترة طويلة من الشرب المعتدل يلتجأ فيها إلى الكحول بانتظام من أجل الانتقاص من عوامل الكف الشخصية والتخفيف من القلق الطفيف. ثم يحدث التحول بعد ذلك إلى مرحلة متوسطة تتضمن الشرب في الخفاء والوقوع بين الحين والحين في حالة من الغيبوبة. وفي هذه المرحلة تزداد إطاقة الكحول ازدياداً ملحوظاً ويبدأ ظهور مجموعة أعراض الامتناع. فإذا تقدم مدمن الكحول إلى المرحلة النهائية من الإدمان وجدناه يتناول الكثير من الكحول من غير أن يترفق بنفسه، وإذا به يمضي في حفلات للشراب تدوم عدة أيام، كما أنه قد يدفعه الاضطرار إلى أن يشرب أي شيء حتى وإن كان كحولاً من ذلك النوع الذي يستخدم في التدليك أو المساج. فيحدث خلل ملحوظ في التفكير، وسوء إدراك للزمان والمكان، فإذا ازدادت كثرة الشرب حدث تلف في المخ لا يمكن إصلاحه بعد ذلك. وعلى الرغم من أن كثيراً من الأبحاث انصبت على الكحول، إلا أننا لا نعلم إلا القليل عن السبب في أن بعض من يتناولون الخمر يتحولون إلى مدمنين بينما يظل بعضهم عند مجرد حد الاعتياد.

والانسحاب من الكحول أو التوقف عن تعاطيه خبرة عنيفة تحمل إمكانية الخطر، كما أنها عملية يحسن أن تتم على عدة أسابيع. ومجموعة أعراض الامتناع المرتبطة بإدمان الخمر يشار إليها بمصطلح الارتعاشات الهذائية (delirium tre-mens) DT's وهي تتميز بالارتعاشات، والخلط، والنوبات التي تكون من نمط الصرع، والهلاوس المفزعة التي هي خبرات يرى المدمن فيها ويسمع أشياء خيالية. وحالات الارتعاشات الهذائية التي كان يظن أنها تنتج عن الإفراط في تناول الكحوليات، تبين لنا اليوم أنها تنتج عن الحرمان منها. ولذلك فإنها تندرج فنياً بين مجموعة أعراض الامتناع عن الكحوليات والباربتيورات.

وأما إدمان المخدرات (المورفين والهيروين ومشتقاتها التركيبية) فإنه وإن كان يجتذب قدراً كبيراً من انتباه الجمهور، إلا أنه ليس من سعة الانتشار ولا الخطورة الجسمية مثل إدمان الكحوليات. وعلى الرغم من أن استخدام

المخدرات يبدو أنه يتزايد، إلا أننا نجد أن عدد مدمني المخدرات لا يزيد تقريباً عن عدد مدمني الكحوليات. أضف إلى ذلك أن إدمان المخدرات لا يسبب ضرراً للجسم؛ فإن المرء يستطيع أن يدمن الهيروين عدة سنوات ثم يمتنع عنه من غير أن تترتب على ذلك آثار جسمية دائمة فيه (Fort, 1969, p. 99).

ثم إن نمط إدمان الهيروين والعقاقير الأخرى الشبيهة بالمورفين يختلف عن إدمان الكحوليات من عدة أوجه: الأول أن الجسم يتكيف للمخدرات على نحو سريع نسبياً لدرجة أن الإطاقة تتكون بمعدل أقرب إلى السرعة، والثاني أن الاعتماد الجسمي يتكون عادة بعد فترة أقصر جداً من الزمن، والثالث أن مجموعة أعراض التوقف عن المورفين تختلف من حيث الكيف عن مجموعة أعراض التوقف عن الكحوليات والباربتيورات. والأعراض بالنسبة للمورفين تبدأ بارتشاح الأنف، والعيون الدامعة، وظهور حبات الإوز على سطح الجلد، ثم تصل إلى قمتها بعد أربعين ساعة من التوقف بحيث تنتهي إلى تقلصات عضلية عنيفة، وإلى الغثيان، والقيء، وومضات الحرارة والبرودة. ولكننا نجد أن مجموعة أعراض التوقف عن المورفين تختلف عن مجموعة أعراض التوقف عن الكحوليات والباربتيورات في أنها تخلو من الهلاوس كما تخلو من الخلط الملحوظ وفساد الإدراك الزماني والمكاني disorientation.

وقد قدم لنا بارني روس Barney Ross وصفاً حيوياً لمثال على أعراض الامتناع عن المخدر التي تعرض لها رجل كان في يوم من الأيام بطل العالم في الوزن الخفيف. كان الرجل قد أدمن المورفين أثناء علاجه من إصابة تعرض لها في المعارك خلال الحرب العالمية الثانية. وروس هنا يصف أعراض امتناعه في مستشفى لم تعد قائمة الآن هي مستشفى مدمني المخدرات الاتحادية في مدينة لكسنجتون في ولاية كنتكي.

«كان الامتناع يسبب لي التعاسة لأن كميات المورفين المحدودة لم تكن تكفي لقتل التقلصات والعرق. وسرعان ما تعلمت معنى الاصطلاح «يركل العادة». كنت، حين تنتقص كمية العقار تناقصاً متزايداً، أصاب بالتشنجات في عضلات الذراعين، وكانت ساقاي تركلان بالفعل......

انقضى الصباح. ثم تعقبه فترة ما بعد الظهيرة. التقلصات تزداد سوءاً. لقد بدأ الإسهال الآن. أتى على وجه من السرعة اضطرني إلى أن أثني كلاً من ساقي وأن أنكفىء حتى أمتنع عليه. اضطررت إلى أن أتقيأ، ولكن لم يكن بداخلي طعام، ولذلك فقد

> ظللت أجاهد وأشرق حتى خرج مني الدم. بدأ الارتشاح في أنفي، كما بدأت عيناي تتقدان. حاولت أن أستلقي ولكن التشنجات أصابتني وبدأت أتأرجح من أسفل إلى أعلى وكأني كرة من المطاط» (Ross and Abramson, 1957, p. 234)

وعلى الرغم من أن الامتناع عن المخدرات خبرة مخيفة مؤلمة من الناحية الذاتية، إلا أنها ليست على درجة خاصة من الخطورة؛ فإن المدمنين يستطيعون أن يمتنعوا عنها وهم في أمان نسبي. وبرامج العلاج للمدمنين لا يشغلها منع مدمن الهيروين عن العقاقير بمقدار ما تهتم باستمراره في الامتناع عنها.

وأما عقاقير الإدمان الرئيسية الأخرى التي تندرج تحت طائفة المهدئات depressants فإنها الباربتيورات. وهي تعرف عادة بأسماء من قبيل downers, red devils, yellow jacks في الحضارة الأمريكية، كما أنها تحدث الاسترخاء وإحساساً بالسعادة إذا تعاطاها الفرد بجرعات معتدلة واستخدمها على فترات متباعدة. أما الاستخدام المزمن الكثير لها فإنه يؤدي إلى اعتماد جسمي يدل عليه ظهور مجموعة أعراض الامتناع التي تشبه في جوهرها أعراض الامتناع المرتبطة بالكحوليات. أي أن الامتناع عن الباربتيورات، شأنه شأن الامتناع عن الكحوليات، أمر خطير من الناحية الجسمية يمكن أن يهدد حياة الفرد ما لم يشرف عليه شخص له خبرة واسعة في معالجة المدمنين.

ومع ذلك فإن أكبر ما يتهدد الفرد بالنسبة للباربتيورات هو الموت بسبب زيادة جرعة التسمم. فإن هذه العقاقير تكون العنصر الأول في تركيب أقراص النوم، ولذا فهي تمثل وسيلة رئيسية من الوسائل التي تستخدم في ارتكاب الانتحار. كما إنها متضمنة كذلك في كثير من حالات الموت عرضاً، إذ أن الجرعات الشديدة من الباربتيورات تسبب الخلط، وضبابية الشعور، والأخطاء في الإدراك الزمني. وكلما اختلت قدرة الفرد على تقدير الزمن، نراه قد يعمد إلى تكرار تناول الباربتيورات على فترات زمنية قصيرة، وهو يظن خطأً أنه قد انقضت الساعات الطوال. وبذلك نجده قد تناول جرعات قاتلة في سرعة فائقة وبدون وعي.

أما طائفتا العقاقير الرئيسيتان الكبيرتان الأخريان وهما المنبهات والمغيبات فلا نجدمنهمامادة واحدة قادرة على أن تحدث الاعتماد الجسمي، على الرغم من أنه يمكن إساءة استخدام بعضها. ففي طائفة المنبهات نجد أن أقربها إلى أن

يحدث الاعتماد الجسمي هو المواد من نوع الأمفيتامينات. وهذه تعرف بأسماء «dex» (أي dexedrine)، و bennies (أي benzedrine)، و speed (أي methedrine)، و «uppers» وتستخدم للارتفاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ. والأمفيتامينات، شأنها في ذلك شأن الباربتيورات، يمكن الحصول عليها بسهولة، كما أن الطلاب يستخدمونها لتعينهم على السهر بالليل، والرياضيون لتعينهم على حسن الأداء. وعلى الرغم من أن الأمفيتامينات ليست من قبيل المواد التي تؤدي إلى الإدمان، إلا أنها تؤدي إلى الاعتياد، كما يسبب استمرار استخدامها القابلية للتوتر، والتململ، وعدم الاستقرار، والأرق، والارتعاشات. ثم إن استخدامها بجرعات كبيرة يعجل من ظهور «ذهان الأمفيتامين» الذي هو مجموعة من أعراض التسمم التي تتميز بالقلق، والهلاوس، والشعور القوي بالاضطهاد.

وأما في طائفة المغيبات psychedelics فإن عقار الماريجوانا (ويسمى بأسماء عدة منها pot, tea, grass, cannabis) أكثرها شيوعاً واستخداماً وإن كان يأتي في المرتبة الأخيرة من المواد التي تؤدي إلى سوء استخدام العقاقير. وهو وإن كان قد استخدم في أمريكا خلال القرن التاسع عشر لعلاج أنواع السعال والصداع النصفي migraine وتقلصات الحيض، إلا أنه يستخدم اليوم بصفة أساسية للترويح. ولأن الماريجوانا عقار ليست له فاعلية شديدة، نجده لا يؤدي إلى الإشباعات التي ينشدها الأفراد الذين يكون لديهم الاستعداد للاعتماد على العقاقير. كما نجد أن عقاقير mescaline, psilocybin, LSD والحشيش (وهو صورة أقوى من الماريجوانا) ذات قدرة أكبر على استثارة من يتعاطاها ومعاونته على الهرب.

ولأن بعض العقاقير المغيبة قادرة على أن تحدث خبرات حسية غير مألوفة شبيهة بالهلاوس، نجدها قد سميت بالعقاقير التي تؤدي إلى الهلاوس (hallucinogens). ولعل أكثر ما يعرف عنها عقار ل س د dysergic acid diethylamide LSD. وعقار LSD قد يحدث في بعض الأحيان آثاراً عجيبة بصرية وسمعية. كما أنه قد يحدث خبرات صوفية جديدة. ومع ذلك فإنه قد يحدث في بعض الأحيان الأخرى شيئاً غير متوقع من قبيل الهلاوس الغريبة المفزعة. وهذه المتناقضات تتضح بصورة حيوية في التقرير الشخصي الذي كتبه صحافي عما أحدثه به عقار LSD حين تناوله. كتب يصف خبرةً تعد أكثر خبراته قوة وتأثيراً:

«وفي بعض الأوقات خبرت صوراً بصرية ذات جمال أخاذ ـ صوراً بصرية بلغ من جاذبيتها وسماويتها أنه لا قبل لأي فنان أن يرسمها. لقد عشت في فردوس تجد السماء عبارة عن كتلة من الجواهر تراصلت على خلفية ساطعة من اللون الأزرق الذي يشبه ماء البحر والسحب بلون الخوخ والهواء قد امتلأ بأسهم ذهبية سائلة، ونافورات متلألئة من الفقاقيع الوهاجة، وبالحواشي المزخرفة باللؤلؤ والفضة، يغلف كل ذلك أضواء من ضوء قوس قزح ـ ثم إن كل هذا يتغير على الدوام من حيث اللون والتصميم والملمس والأبعاد حتى إنك لتجد كل منظر وقد تفوق جماله على المنظر الذي سبقه.».
(Katz, 1953, p. 10)

لكن هذه الخبرات السارة أعقبتها من بعد ذلك خبرات تبعث على الفزع بدرجة أكبر:

«ثم أدركت أن يدي وجسمي كانت تهتز اهتزازاً بمثابة المقدمة لعملية انكماش. ذلك إني تطلعت فوجدت أصابعي ينقص طولها شيئاً فشيئاً حتى تدخل مثل التلسكوب في يدي، وأن يدي هي الأخرى قد أخذت تدخل مثل التلسكوب في ذراعي. ثم أحسست فجأة أنني قد خرجت عن نفسي لأنظر إلى أسفل. وأصبحت ذراعاي عندئذٍ أشبه ببقايا وكأنها بترتا بالقرب من الكتف. ثم أخذت ساقاي تنكمشان وتذوبان وجلدي يتحول إلى الخشونة وكأنه مغطى بالحراشيف. ثم أحسست بضغط الفراغ وهو يطبق على شخصي من أعلى، وقد أُخرِج رأسي ـ التي كانت قد أصبحت في ضعف حجمها العادي ـ عن شكلها العادي. وحاولت أن أقاوم هذا التحول المريع المشوه بأن أحاول أن أمد ذراعي وساقي الأربعة. ولكني وجدت نفسي خائر القوى. وأخيراً، كان ما تبقى مني عبارة عن حجر صلب منفر مقزز موضوع في الجانب الأيسر والأسفل من بطني، وقد أحاط بي بخار ذو لون بين الأصفر والأخضر ينصب عبر الأرض». (Katz, 1953, p. 46)

على أن العمليات التي تكمن وراء هذه الظاهرة البصرية لاتزال مغلفة بالألغاز والأحاجي. قرر بعض العلماء أن عقار LSD لا بد أن يكون له تأثير سام على الشبكية، أو الممرات البصرية، أو المراكز البصرية في اللحاء أو القشرة المخية visual cortex. لكن ما يحدثه أي عقار من تأثير محدد لايزال يتوقف مع ذلك على ما يتوقعه الشخص من العقار ونوع الخبرات التي سبق له أن حصلها من العقار من قبل ذلك.

وموضوع اساءة استخدام العقاقير هو، كما سبق أن أوضحنا، من الموضوعات المحيرة في عصرنا هذا. بل إنه موضوع في غاية التعقيد له جوانبه الاجتماعية والقانونية والخلقية. وهو من الناحية السيكولوجية يمكن أن يندرج في كل من النموذج النفسي الداخلي والنموذج السلوكي.

فأما من النظرة النفسية الداخلية، فإن الاستخدام المزمن للعقاقير يمكن

النظر إليه على أنه نمط سلوكي يظهر عند الأشخاص الذين يتميز تكوين شخصيتهمّ بالاتكالية. والأشخاص من هذا النوع تنقصهم القدرة على إطاقة الإحباط frustration tolerance، وهم إن اضطروا إلى مواجهة المطالب، يعتمدون على غيرهم في تزويدهم بالرعاية والتأييد. وهم يتجهون نحو العقاقير بعد أن تفشل الوسائل الأخرى في إشباع حاجاتهم. أي أننا لو نظرنا من خلال عدسة المدرسة النفسية الداخلية، لوجدنا أن إساءة استخدام العقاقير عَرَض يدل على سوء قيام الشخصية بوظائفها.

وأما إن نحن نظرنا إلى التماس العقاقير بوصفه عادة شرطية، وجدنا أن هناك عدة أنواع من التعلم، يمكن أن تكون متضمنة في بقاء العادة. ذلك أنه يكمن تحت أكثر صور الاعتياد تأثير الانتشاء الذي هو من نوع الإثابة المدعمة المرتبطة باستخدام العقار. وإن التدعيم الإيجابي لقادر على أن يخلق عادة قوية هي عادة اشتهاء أي عقار على الإطلاق. لكننا نجد بالنسبة للمهدئات مع ذلك عاملاً قوياً آخر ـ هو الخوف الفعلي من الامتناع أو ما يقدره الفرد من آثار الامتناع. بحيث أن الفرد إذا خبر الامتناع عدة مرات، نشأ عنده نمط من استجابة التجنب الشرطية. فإذا أضفنا ما كان يحدثه العقار أول الأمر من آثار التدعيم إلى ذلك، وجدنا أنه قد نشأت لدينا عادة التماس العقار بوصفها نمطاً سلوكياً دائمًا يستعصي على التغيير في أكثر الأحيان.

ولعله من الواضح أن النظر إلى إساءة استخدام العقاقير من خلال الإطار النفسي الداخلي وحده أو الإطار السلوكي وحده لا يزودنا إلا بصورة ناقصة. فإن من المهم أن نتدبر عادة الإدمان عينها، بغض النظر عن السبب الذي من أجله يبدأ الفرد عادة الإدمان؛ كما أن كثيراً من الأفراد يعودون إلى العقاقير بعد أن يكونوا قد نجحوا في الامتناع عنها لفترة طويلة. وهذا يجعل من الضروري دراسة عوامل الشخصية كذلك. الحق أن كلاً من النموذجين يكمل الآخر بالنسبة لموضوع العقاقير على الأقل.

الانحراف الجنسي Sexual deviation:

في أكثر كتب الطب العقلي تعرف الجنسية السوية بأنها السلوك الجنسي الذي تكون غايته النهائية هي الاتصال الجنسي التناسلي بفرد من الراشدين عن

رضا وطواعية. وفي إطار هذا التعريف يعد أكثر السلوك الجنسي بل وأكثر صور النشاط الجنسي المبدئي سوياً إن كان يؤدي بالفعل وفي نهاية الأمر إلى الاتصال الجنسي. أما إن كان السلوك الجنسي وصور النشاط الجنسي المبدئي غاية في ذاته ولا يتضمن الاتصال الجنسي، أو أصبح يمثل المصدر الرئيسي للإشباع الجنسي عند فرد من الراشدين، جنحنا إلى أن نعده سلوكاً منحرفاً.

لكن هذا التعريف مع ذلك يوقعنا في مشكلات. من ذلك أن **الهوس الجنسي عند الإناث** Nymphomania (وهو فرط الجنسية عند الإناث) وما يقابلها عند الذكور من **الغُلْمة** Satyriasis تُعدّان غالباً نوعاً من الشذوذ، على الرغم من أن كلاً منهما يتضمن الاتصال الجنسي بأفراد من الجنس الآخر. ولكن الانحراف في هذه الحالات يكون بسبب التكرار أو الكثرة التي يطلب بها الإثارة الجنسية وليس بسبب الصورة التي تتخذها هذه الإثارة. أضف إلى ذلك أن أنواع السلوك التي توسم بأنها انحراف جنسي تتغير بتغير الزمن والحضارة. فالجنسية المثلية لم تكن تعد انحرافاً عند الإغريق، ولكنها تعد كذلك اليوم. والآن بعد أن سلمنا بأن هذا التعريف تواجهه بعض المشكلات، دعنا نبحث عن صور السلوك الجنسي التي نعدها اليوم من قبيل الانحراف والتي هي أكثر من غيرها شيوعاً، ثم نصنفها إلى انحرافات في **اختيار الموضوع** object choice **وانحرافات في وسائل الإشباع** أو الاستمتاع means of gratification.

الحق أن الموضوعات (من بشر أو غير ذلك) التي يختارها الناس ليباشروا معها نشاطهم الجنسي تنتمي إلى أنواع متعددة لا تنتهي. فمن طائفة الموضوعات المختارة الشاذة تلك الانحرافات من قبيل الاتصال بالمحارم (incest)، والزوفيليا Zoophilia (العلاقة الجنسية بالحيوانات)، والبيدوفيليا pedophilia (العلاقات الجنسية مع صغار الأطفال)، ثم نوع آخر أكثر ندرة من الانحراف يسمى النكروفيليا necrophilia (العلاقات الجنسية مع جثث الموتى). ومع ذلك فإن أكثر صور الانحراف شيوعاً في هذه الطائفة هو الجنسية المثلية.

والجنسية المثلية هي المصطلح العام الذي يستخدم للدلالة على الاستجابة الجنسية لأفراد من نفس الجنس. وعلى الرغم من أن هذا المصطلح يستخدم غالباً لوصف التعلق الشبقي الذي يكون بين الرجال، إلا أنه من الناحية الاصطلاحية يتضمن العلاقات التي تكون بين الإناث بعضهن وبعض، أو ما

يعرف باسم السِحاق Lesbianism. كذلك على الرغم من أن الجنسية المثلية تمارس على عدة أشكال من بين أكثرها شيوعاً تبادل الاستمناء، واتصال الفم بالأعضاء التناسلية، إلا أن النشاط نفسه ليس هو الأساس الأول الذي من أجله يوصف الفرد بالانحراف، وإنما الأساس في ذلك هو اختيار الموضوع الجنسي. إذ أن كثيراً من ألوان السلوك الجنسي التي نجدها بين الشركاء في الجنسية المثلية تكون هي عينها ألوان السلوك الجنسي التي نلاحظها بين الشركاء في الجنسية الغيرية.

ثم إن التفسيرات السيكولوجية للجنسية المثلية تتفاوت تفاوتاً ملحوظاً على الرغم من أن أكثر هذه التفسيرات يرجع مصدر هذا النوع من السلوك إما إلى وقائع مبكرة صادمة أو إلى اضطرابات مبكرة فيما يكون بين الطفل والوالد من علاقات. من ذلك، مثلاً، أن بعض الدراسات تبين أن كثيراً من حالات الجنسية المثلية سبق أن تعرضوا لإغراء الجنسية المثلية حين كانوا لايزالون أطفالاً صغاراً بعد، وأن هذه الخبرة قد أثرت تأثيراً عميقاً في مجرى تطورهم الجنسي في المستقبل. لكن ارفنج بايبر Irving Bieber (1962) وهو محلل نفسي درس الجنسية المثلية عند الذكور دراسة وثيقة يذهب إلى أنه ـ وإن كانت أمثال وقائع الغواية الجنسية تحدث في بعض الأحيان ـ إلا أن الجنسية المثلية ترتبط بالعلاقة الوثيقة التي تنشأ بين الطفل وأمه شديدة الإغواء أكثر من ارتباطها بالإغواء في سن الصبا. وهو يرى أن الأمهات من هذا النوع يكوِّنَّ روابط سيكولوجية شديدة بينهن وبين أطفالهن فيمنعنهم بذلك من أن تتكون عندهم توحدات أو تقمصات مذكَّرة. ومن شأن وجهات النظر هذه أن تؤدي بنا إلى أن نتوقع أن تكون شخصيات أصحاب الجنسية المثلية قائمة دائماً على الصراع وسوء التوافق. لكننا نجد مع ذلك أن إيفلين هوكر Evelyn Hooker (1957) تتوصل في دراسة لها استخدمت فيها اختبارات الشخصية المعيارية إلى أن بعض أصحاب الجنسية المثلية على درجة طيبة نسبياً من التوافق، كما تزعم أن أمثال هؤلاء الأفراد يتمكنون من العيش في سلام في مجتمعنا في الظروف التي لا تنطوي على الضغط والقهر.

وفي السنوات الأخيرة أخذ الاهتمام يتزايد بوجود أصحاب الجنسية المثلية في حضارتنا، وبالتعرف على مدى إشباع جماعات الجنسية المثلية للحاجات

المنحرفة عندهم. ومن النتائج التي هي أكثر طرافة من غيرها أن الجنسية في ذاتها ليست من الأهمية في الجنسية المثلية بقدر ما كان يظن عادة. وهذا هو ما نتبينه بوضوح من التعليق التالي الذي تقدم به واحد من أصحـاب الجنسية المثلية:

«وأكبر الظن عندي أن الناس الذين يصادق بعضهم البعض الآخر لا تقوم بينهم العلاقات الجنسية. أعني أن الأصدقاء من أصحاب الجنسية المثلية لا يضاجع أحدهم الآخر. صحيح أنني لا أستطيع أن أفسر لك هذا، ولكنهم لا يفعلون ذلك. فالمرء إن لم يكن متزوجاً (والعلاقة الثابتة الاجتماعية والجنسية بين إثنين من أصحاب الجنسية المثلية تسمى زواجاً في العادة) لا يحصل الجنس إلا مع الغرباء في أكثر الأحيان. يخيل إليّ أن تحصيل الجنس مع الصديق من شأنه أن يدمر علاقة الصداقة. ويخيل إليّ أننا جميعاً نحترم في قرارة أنفسنا كل المعايير الخلقية الرفيعة، وأنه ليس من الناس من يريد أن ينحط شأنه في أعين أي فرد آخر. وإنه لمن الأسهل على الدوام أن تنسجم علاقتك بأصدقائك من أصحاب الجنسية المثلية إن لم تكن بينك وبينهم علاقات جنسية».

(Leznoff and Westley, 1956, p. 258)

ثم إنه من الواضح أن جماعات أصحاب الجنسية المثلية تتيح لأفرادها شيئاً أكثر من مجرد فرصة الحصول على الاستمتاع الجنسي، إذ هي تزودهم بالجو الآمن الذي يجدون فيه من يشاركهم ذلك الإحساس المضني بأنهم يختلفون عن الآخرين.

أما إذا عرف عن الفرد أنه من أصحاب الجنسية المثلية فإنه يتعـرض عندئذٍ للنبذ الذي يتعرض له صاحب السلوك المنحرف عادة. وبذلك لا يجد له ملجأً إلا أن ينسحب أكثر إلى دوائر الجنسية المثلية. وهناك قد يجد بعض أسباب الارتياح الاجتماعي التي حرم منها في دوائر المستقيمين.

«أنت على ذكر دائمًا من أنك من أصحاب الجنسية المثلية، وأنت على بينة من ذلك حتى وإن كان الناس لا يعلمون عن الأمر شيئاً. ثم إنك تقدر بينك وبين نفسك أيضاً أن بعض حركاتك وطباعك وأساليب التعبير عندك لا بد وأن تكشف أمرك. وهذا يعني أن هناك قدراً ما من الضيق والحرج على الدوام. لا أقول إن مما يدعو إلى الارتياح أن تهرب من الناس الأسوياء، ولكني أقول إنك لا تشعر معهم بالحرية التي تشعر بها بين جماعات الجنسية المثلية. وأنا حين أخالط الأسوياء أفضل أن أتعامل مع الجماعـات الصغيرة منهم. فأنـا لا أحب الجماعـات الكبيرة، وأظن أني أحـاول أن أتجنبهم ما استطعت إلى ذلك سبيلاً. هل تعلم أني لا أنسى تماماً أني من أصحاب الجنسية المثلية إلا حـين أكون في جمـع من أصحاب الجنسيـة المثليـة»؟

(Leznoff and Westley, 1956, pp. 257 — 58)

وقد أخذت المشاعر والاتجاهات من هذا القبيل في التغير خلال السنوات القليلة والأخيرة. إذ نجد أن أصحاب الجنسية المثلية قد جعلوا ـ بفضل مؤازرة بعض المنظمات لهم مثل The Mattachine Society, Gay Liveration Front, Daughters of Bilitis ـ يرفعون أصواتهم مطالبين بأن يعاملوا معاملة البشر، ولذلك فإن ميلهم إلى الاستخفاء قد تناقص بدرجة طفيفة عما كان عليه قبل الآن.

وعلى الرغم من مثل هذه التغيرات فلا تزال حياة صاحب الجنسية المثلية مليئة بالصعوبات وبالوحدة في أكثر الأحيان. ذلك أن الاعتراف الصريح بالجنسية المثلية يؤدي بصفة نمطية إلى الإبعاد أو الإقصاء عن المجتمع الأكبر، على حين أن الاعتراف العابر يؤدي إلى صلات جنسية سرية خالية من المشاعر والالتزام. وسوف نرى مثالاً على الحالة الأخيرة في تلك الدراسة التي أجراها عالم الاجتماع لود همفريز Laud Humphreys:

يصف لنا همفرز في كتابه: «حرفة غرف الشاي: الجنس غير الشخصي في الأماكن العامة Tearoom Trade: Impersonal Sex in Public Places العالم الذي تحيا فيه جماعة من أصحاب الجنسية المثلية الذين يترددون بصفة منتظمة على دورات المياه العامة لممارسة مص القضيب fellatio بين الذكور (male oral — genital sex) فيما بينهم. ودورات المياه هذه تعرف «بغرف الشاي» في مصطلح جماعات الجنسية المثلية، كما أنها تزودهم بالمجال المناسب لممارسة الجنس الفوري غير القائم على العلاقات الشخصية. وهذه الدورات التي تقع في محطات الأوتوبيس والبلاجات العامة وفي الحدائق تجتذب طائفة متنوعة من الرواد أو العملاء وتتيح لهم فرصة الإشباع الجنسي مع الاحتفاظ بسريتهم. يقول أحد من يشاركون في هذا النشاط:

> «أنت تذهب إلى غرفة الشاي، فتتمكن من تحصيل بعض الأمور اللطيفة حقاً. وأقول مرة ثانية إن الأمر أمر تحصيل الجنس في سرعة حقة، ولو أنك كنت ممن يفضلون هذا الأمر، لأتيح لك أن تحصل عليه. تحصل على واحد فإذا به يتحقق لك، ثم لا تلبث أن تحصل على غيره» (Humphreys, 1970, p. 10)

وقد تسنى للباحث همفرز عن طريق القيام بدور ملكة الملاحظة Watchqueen (أي الحارس أو الناطور أو المراقب في لغة الجنسية المثلية) أن يصل إلى دراسة أنماط امتصاص القضيب بين الذكور في غرف الشاي وأن يلقي بعض

الاستبصارات على هذا اللون الشائع من الانحراف الجنسي الذي لم يدرس إلا نادراً.

ومن أكثر نتائج بحث همفريز طرافة تلك النتيجة التي تتصل بخصائص الناس الذين يترددون على غرف الشاي. ذلك أن كثيراً منهم يشغلون وظائف محترمة، على درجة من الذكورة في المظهر، قادرون بصفة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات مذكرة أو مزدوجة (أي مذكرة ومؤنثة معاً). بل ولعل أكثر النتائج مدعاة للدهشة ما تبين من أن ٥٤٪ من الناس الذين تمت دراستهم كانوا متزوجين يعيشون مع زوجاتهم. كما أن عدداً ممن استجابوا للدراسة من المتزوجين قرروا أن عدد مرات الاتصال الجنسي بينهم وبين زوجاتهم قد تناقص. وأن الاتصال الجنسي مع غير الزوجة والتردد بانتظام على بغي كان أمراً لا وجود له عند هؤلاء الأشخاص إما لأسباب دينية أو خلقية أو اقتصادية، إذ كان الجنس بالنسبة لهم أمراً ينبغي له أن يتم في سرعة وألا يكلفهم كثيراً من المال، وألا يكون قائماً على أساس من العلاقات الشخصية. أو كما يقول همفريز: «كانوا يريدون نوعاً من النشاط الذي يؤدي إلى القذف يكون له من الصبغة الاجتماعية قدر أكبر مما للاستمناء، وأقل مما يكون في العلاقة الغرامية» (p. 18).

على إنه سواء أكانت الجنسية المثلية تتخذ صورة ارتباطات غير شخصية من النوع الذي فرغنا من وصفه، أم كان يمتاز بعلاقة وثيقة طويلة كما يحدث في الزواج بين أصحاب الجنسية المثلية، فإن الجنسية المثلية تمثل انحرافاً في اختيار الموضوع الجنسي. لكن هناك أنماطاً أخرى من الانحراف الجنسي تتمثل في الوسيلة غير العادية التي يستخدمها بعض الناس لتحصيل الإشباع الجنسي. ومن أهم هذه الأنماط مثالان هما الاستعراض exhibitionism والنظر الجنسي voyeurism.

أما الاستعراض، وهو أن يكشف المرء عن أعضائه التناسلية للملأ، فإنه مع الجنسية المثلية نوع من أكثر الانحرافات الجنسية شيوعاً وانتشاراً. كما أن سلوك الاستعراض الذي يرتبط بتشكك المرء في ذكورته في كثير من الأحيان أميل إلى أن يكون سلوكاً قهرياً يأتيه المرء وكأن قوة ما تدفعه إليه. فإن الاستعراضيين يقررون أنه تستبد بهم وتسيطر عليهم نزعات تدفعهم إلى أن يتعروا، نزعات تبلغ من القوة حداً لا يمكن تجاهله.

«وكنت يوماً خارج الدار وعلى مسافة من الدار أكبر بقليل من عادتي وقداستندت إلى نوع من السياج، حين شاهدت إمرأة شابة تطل من النافذة من مسكن أرضي. كانت تقف بين ستارتين من الدنتلا وقد أخذت تنظر إليّ. وفجأة ومضت الفكرة في ذهني: «ما بال هذه المرأة تفعل إن هي تطلعت إلي عارياً؟ كانت الفكرة غريبة، كما قدرت، ولكن أطرافي بدأت ترتعد، كما أخذ العرق البارد يتصبب من كل جسمي. ثم كانت الفكرة الثانية: «ما الذي يحدث لو أني لـم أملك السيطرة على نفسي وجعلت أنزع ملابسي أمامها؟ واستبد بي الفزع يمزقني... خشية أن أعرض نفسي»...

(Raymond, 1946, p. 59)

والاستعراض كثيراً ما يكون بمثابة المقدمة التي تمهد للقذف الذي يؤدي حدوثه إلى تخفيف الشكوك المتصلة بالكفاءة الجنسية. فالمستعرض يوقف سيارته بالقرب من مكان لا بد للآخرين من أن يروه فيه (إلى جوار السوبر ماركت أو محطة الأوتوبيس مثلاً) ثم يعرض نفسه، ويستمني لينسحب من بعد ذلك في عجلة. وفي أمثال هذه الحالات تكون الصلة بين الاستعراض وإثبات اللياقة الجنسية أمراً واضحاً بجلاء.

وأما النظر الجنسي وهو الاهتمام المفرط برؤية الأعضاء الجنسية (أو الفعل الجنسي) فإنه وإن لم يكن في درجة شيوع الاستعراض إلا أنه أمر غير نادر. والنمط الشائع للنظر الجنسي يتمثل في سلوك الشخص الذي يطلق عليه «توم المختلس للنظر» Peeping Tom، وهو الشخص الذي يحصل الإشباع الجنسي كله من استراق النظر إلى إمرأة تخلع عنها ثيابها أو إلى رجل وامرأة في وضع جنسي. إن التطلع إلى الاتصال الجنسي أو إلى الأعضاء الجنسية للآخرين يكفي في حد ذاته مثيراً للإشباع الجنسي الكامل عند هؤلاء. وعلى الرغم من أن بعض الضواحي يركبها الفزع بأكملها حين تعلم أن من بين أبنائها نفراً ممن يمارسون انحراف النظر الجنسي، فإن هذا الخوف لا أساس له. إن أمثال هؤلاء المنحرفين يكونون على شيء كبير من الخوف من الآخرين. ولعل هذا هو السبب في أنهم يلجأون إلى أساليب مستخفية مستوحشة في تحصيل إشباع حاجاتهم الجنسية.

على أن سلوك النظر الجنسي ليس أمراً عابراً كما قد يظن، حيث أننا نجد صوراً غير مفرطة منه تشيع في حضارتنا. أليست المجلات التي تتخصص في عرض صور البنات تخاطب ميول النظر الجنسي هذه؟ وكذلك تفعل الأفلام السينمائية التي اصطلح على دمغها بالحرف ×، والآلاف تلو الآلاف من أنواع

الإعلان التي يعرض فيها جسم الإنسان عرضاً مثيراً. إن أمثال هذه الإغراءات تعتمد على ما للمثيرات البصرية من ميل إلى أن تنبه الجنس وتستثيره. ومن الطبيعي أن الحد الأقصى في هذا هو الصور العارية الجنسية.

ويهمنا في هذا الصدد أن نتعرف على مدى مسؤولية التعرض للصور العارية في إحداث الأفعال المنحرفة جنسياً. لقد سبق أن أعلن كثير من أصحاب المناصب الحكومية العالية، ومن بينهم ج. ادجار هوفر J. Edgar Hoover أن الصور العارية لا يقتصر أثرها على زيادة المخالفات الجنسية (من استعراض ونظر جنسي واغتصاب وما إليها) بل إنها تعمل على انتشار طائفة من الجرائم غير الجنسية كذلك. كما أن الجمهور العام يشارك في الاعتقاد بأن التعرض للمادة الجنسية الصريحة يؤدي إلى انتشار الجرائم الجنسية. فقد تبينٌ من دراسة مسحية حديثة لاتجاهات الجمهور نحو المواد المثيرة جنسياً (Abelson et al., 1970) أن ستة وخمسين بالمائة من المستجيبين يجيبون «بنعم» للبند «المواد الجنسية تؤدي إلى انحلال الأخلاقيات»، وأن تسعة وأربعين بالمائة يستجيبون بنفس الطريقة للبند «المواد الجنسية تؤدي بالناس إلى ارتكاب الاغتصاب».

وقد حاولت لجنة الرئيس الأمريكي لدراسة الإباحية والكتابات والصور الجنسية العارية أن تبحث بصفة عامة كيف تؤثر المواد الجنسية المثيرة في سلوك الناس فرصدت نفسها لدراسة العلاقة بين الانحراف الجنسي والتعرض للصور العارية والكتابات الإباحية. وقد كان من بين ما بحثوه ما حدث في الدانمارك حيث أباح القانون توزيع الصور الجنسية العارية والكتابات الجنسية الإباحية في سنة ١٩٦٧ وهي سنة ارتفعت فيها نسبة المبيعات من المواد الجنسية المثيرة إلى قمة لا تدعو إلى الاستغراب. وتخيرت اللجنة دراسة تتضمن توزيعاً للجرائم والمخالفات الجنسية في كوبنهاجن خلال السنوات الإثنتي عشرة التي تمتد من ١٩٥٨ إلى ١٩٦٩. وبذلك شملت الدراسة تلك السنة التي ارتفعت فيها مبيعات المواد الجنسية إلى أقصاها.

وفي الجدول رقم ٢ نقدم نتائج هذه الدراسة، ومنه يتضح أنه حدث تناقص في كل طائفة من المخالفات الجنسية المذكورة، وأن التناقص كان كبيراً بصفة خاصة في «الاستعراض» و«استراق النظر» Peeping، وفي «الجنسية المثلية»؛ كذلك بينت الدراسة أن هذه التغيرات لا يمكن أن تنسب إلى تغيرات

في تنفيذ القوانين، أو في جمع البيانات من الشرطة، أو في مدى رغبة الجمهور في الإبلاغ عن أمثال هذه المخالفات.

كما تركزت بعض الأبحاث الإضافية التي قامت بها اللجنة على مرتكبي المخالفات الجنسية من الأمريكيين، فكشفت نتائجهم عن أن مرتكبي المخالفات هؤلاء ليسوا أكثر من غيرهم من الراشدين ميلاً إلى الانغماس في السلوك الجنسي خلال التعرض للمواد الجنسية المثيرة أو بعد تعرضهم لها. وكذلك بيّن فحص تواريخ المنحرفين جنسياً أن هؤلاء الأفراد كانوا في طفولتهم قد تعرضوا لنسبة أقل لا أكثر من المواد الجنسية المثيرة من تلك التي تعرض لها العاديون. أي أن البيئة المبكرة التي عاش فيها مرتكبو المخالفات الجنسية تتميز بأنها أميل إلى الكبت الجنسي وأن الأبوين فيها كانا يستجيبان للاستطلاع الجنسي عند الطفل بعدم الاكتراث أو بالعقاب.. ولذلك خلصت اللجنة إلى القول: «إن الفحص التجرُبى (الإمبيريقي) الواسع... لا يزودنا بالدليل على أن التعرض للمادة الجنسية الصريحة أواستخدامها يلعب دوراً هاماً في إحداث الضرر الاجتماعي أو الفردي من قبيل الجريمة أو الجناح أو الانحراف الجنسي أو غير الجنسي أو الاختلال الانفعالي العنيف» (p. 58).

وعلى الرغم من أن الاتجاهات نحو الانحراف الجنسي في أمريكا آخذة في التغير، إلا أننا لانزال نجد قدراً كبيراً من الشعور المتناقض والخلط. وإن الأمل لكبير في أن بعض الخرافات التي تتصل بالانحراف الجنسي سوف يقضي عليها كلما تيسرت لنا المعلومات عن السلوك المنحرف وعن جماعات المنحرفين. ولعله يجيء اليوم الذي لا نركز فيه على السلوك الجنسي المنحرف في ذاته وإنما نركز فيه على الأساليب المنحرفة التي يتعامل بها الناس بعضهم مع بعض.

وعلى الجملة نقول إن الاختلالات السوسيوباثية تتألف من طائفة متنوعة من الاضطرابات المدهشة المحيرة. وهي ليست صعبة في علاجها فقط، وإنما هي صعبة في تشخيصها كذلك. ومن العاملين في الميدان فريق يذهب إلى أن السوسيوباثية بوصفها مقولة أو طائفة إكلينيكية لا وجود لها، وأن تشخيص الحالة على أنها سوسيوباثية أشبه بإلقاء الحالة في سلة من المهملات بعد أن يستعصي علينا تشخيصها على أنها من قبيل العصاب أو الذهان. ومهما يكن لهذا الرأي من وجاهة، إلا أنه لا يصرفنا عن الحقيقة الواقعة وهي أن هناك نفراً من الناس

يكونون مناهضين للمجتمع بصفة مزمنة، وأن علاقة هـذا النفر من النـاس بالآخرين تشذ عن العلاقات السوية التي تمليها المعايير الاجتمـاعية. وأنمـاط السلوك المناهضة للمجتمع هذه تؤدي إلى الوقوع في مشكلات مستمرة مـع الأصدقاء والأقرباء، بل ومع القانون، وتدفع بالأفراد السوسيوباثيين في آخر الأمر إلى انتباه المختصين النفسيين وأطباء الأمراض العقلية.

جدول رقم ٢

التغيرات في الجرائم الجنسية (من حيث العدد والنسبة المئوية) التي أبلغت إلى الشرطة في كوبنهاجن موزعة بحسب نوع المخالفة (من سنة ١٩٥٨ إلى سنة ١٩٦٩)

نوع المخالفة	١٩٥٨	١٩٦٩	النسبة المئوية للتغير
مخالفات الجنسية الغيرية	٨٤٦	٣٣٠	٦١,-
- الاغتصاب (أو محاولات الاغتصاب)	٥٢	٢٧	٤٨,١
- الاتصال الجنسي تحت التهديد باستخدام العنف أو بالغش، الخ	١١	٨	٣٧,٥
- الاعتداء غير المشروع على النساء الراشدات والذي لم يصل إلى حد الاغتصاب	١٠٠	٥٢	٤٨,٠
- الاعتداء غير المشروع على القاصرات من الفتيات والذي لم يصل إلى حد الاغتصاب	٢٤٩	٨٧	٦٥,١
- الاتصال الجنسي بالقاصرات	٣٠	١٩	٥٧,٩
- الاستعراض	٢٦٤	١٠٤	٦٠,٦
- استراق النظر	٨٧	٢٠	٧٧,-
- الافحاش في القول	٥٣	١٣	٣٢,٥
- مخالفات الجنسية المثلية	١٢٨	٢٨	٧٨,١

From the Report of the Commission on Obscenity and Pornography. (Ben - Veniste, 1970, p.274).

الاضطرابات الذهانية Psychotic Disorders:

يتميز الذهان (أو المرض العقلي) بالاختلال الشديد في الوظائف الشخصية والاجتماعية وكذلك بالسلوك الغريب. والأمراض العقلية هي الاضطرابات التي ترتبط كثيراً بالعبارة التي تقول «إنه قد فقد صلته بعالم الواقع» والتي هي وصف مختزل للاختلالات التي تطرأ على عمليات التفكير عند الشخص. والوظائف المعرفية إذا اختلت عند المريض، انحط كذلك أداؤه في المدرسة والمهنة والأسرة وأصبح من الضروري إيداعه في المستشفى في كثير من الأحيان.

ويستدل عادة على وجود الذهان بعدد من العوامل التالية:

الاضطراب في اللغة والتفكير

اختلال الوجدان

الانسحاب الاجتماعي

الهذاءات

الهلاوس.

كما أننا نجد في كل مجموعة من الأعراض الذهانية واحداً أو أكثر من هذه العوامل في العادة.

فأما الاختلال في اللغة والتفكير فيتمثل في الأساليب غير المعتادة التي يستخدمها المريض الذهاني في ترتيب عالمه. ولعل هذا يتمثل بأكبر درجة من الوضوح في أسلوب التواصل الفكري الذي يستخدمه. في بعض الأحيان قد يكون المريض مفهوماً متناسق التفكير ولكنه غير منطقي بحيث يأتي ببعض العبارات من قبيل «إن سريري مركبة فضاء» أو «إن جسمي ميت». وفي بعض الأحيان الأخرى قد تكون الكلمات نفسها غامضة مبهمة. ويكون هذا في كثير من الأحيان بسبب أن المريض يستخدم **بدعاً لفظية** neologisms (كلمة ـ logos، جديد ـ neo) وهي تعبيرات تنشأ عن المزج بين عناصر من كلمات مختلفة. من ذلك أن المريض الذهاني قد يربط بين كلمتي بنزين ـ benzine، تربنتينا turpentine، ليخرج من ذلك ببدعة لفظية هي «turpenzine تربنزينا»، وبين كلمتي ممرضات قاسيات cruel orderlies ليصل إلى البدعة اللفظية «cruelies ممرسيات». ثم إن العمليات اللغوية المضطربة قد تتمثل أخيراً في الأساليب

العيانية concrete أو المماسية[1] tangential التي يستخدمها المريض في الاستجابة للأسئلة البسيطة. من ذلك أن الذهـاني قد يستجيب للسؤال How do you feel[2] بوصف مفصل لمهاراته اللمسية. وقد حدث يوماً أن سأل مؤلف الكتاب فصامياً بالمستشفى «ما الذي أتى بك إلى المستشفى؟» فكان جوابه الذي أدلى به في منتهى الجد «سيارة بلايموث موديل سنة ١٩٦٥».

وأما الوجدان المضطرب فيشير إلى الاستجابات الانفعالية غير المناسبة ويتمثل في صور متنوعة. من ذلك أن استجابات المريض الانفعالية قد لا تكون ملائمة، فيضحك استجابة للأخبار المحزنـة، ويبكي لسماع الأنبـاء السارة. كذلك نجد أن الاستجابات الانفعالية في الذهان تكون عادة على درجة غـير متناسبة من الشدة. إن كان المريض سعيداً تراه وقد استبد به الفرح إلى درجة تفوق الأحلام، وإن كان حزيناً ألفيته ينحدر إلى أعماق سحيقة من القنوط. ثم إن كل هذا يكون مدهشاً إلى درجة ملحوظة لأن استجاباته تبدو وكأنه ليس لها أساس موضوعي. وأخيراً قد يكون وجدان المريض متبلداً، وفي هذه الحالات يبدو الذهاني عاجزاً عن أن يخبر أية استجابة انفعالية ـ إيجابية أو سلبية.

وأما الانسحاب الاجتماعي فيشير إلى سلوك يصدر عن المريض، سلوك يؤدي به إلى الانعزال عن غيره من أفراد البشر. أي أن المريض ينسحب إلى قوقعة سيكولوجية فيصبح متباعداً، غير متجاوب، غير ملتفت إلى ما يحيط به من الظروف والملابسات. ثم إن الانسحاب الاجتمـاعي قد يؤدي في الحـالات المتطرفة إلى البكم (الامتناع عن الكلام) وإلى النكوص regression (السلوك بأساليب طفلية). وفي هذه الأحـوال تجد المـريض وقد أخـذ يتناول طعـامه بأصابعه، أو وقد جعل يمص إبهامه، أو يستسلم لنوبات الغيظ، بل وقد يعبث في برازه بأصابعه.

---

(١) نسبة إلى المماس tangent في الهندسة وهو الخط الذي يمس محيط الدائرة في نقطة من نقطة ولا يخترقها أو يدخل فيها. والقصد هنا أن الإجابة على السؤال لا تنصب على المطلوب انصباباً مباشراً وإنما تتصل به أو تمسه مساً رفيقاً أو من بعيد. (المترجم).

(٢) المعنى القريب الاصطلاحي لهذه العبارة هو: كيف حالك؟ أو بماذا تشعر؟ أو كيف صحتك؟ ولكـن المعنى الحرفي بعيد الاحتمال الذي استجاب له المريض هنا هو «كيف تتحسس الأشياء؟

وأما الهذاءات فإنها معتقدات زائفة يتشبث بها المريض على الرغم من الأدلة القاهرة التي تبرهن على بطلان هذه المعتقدات. ومن بين الأنواع المختلفة من الهذاءات نجد هذاءات العظمة وهذاءات الاضطهاد. أما في الأولى فيعتقد المريض أن له مهارات خارقة أو أنه شخصية عظيمة. وهذه هي الهذاءات التي تتولد عنها النكات التي فقدت طلاوتها من كثرة ما ترددت عن المرضى الذين يعتقدون أنهم نابليون بونابرت مثلاً. وأما هذاءات الاضطهاد فتتركز حول اعتقاد المريض أن شخصاً آخر أو جماعة من الأشخاص يضعون الخطط لإيذائه. وفي هذه الهذاءات تكون المؤامرات والتآمر بمثابة الخلفية لكل ما يتصوره المريض من اضطهادات. وسوف نناقش هذه الهذاءات وغيرها بتفصيل أكبر فيما بعد.

وأما الهلاوس فتشير إلى الخبرات الحسية التي لا يكون لها ما يقابلها من المثيرات الواضحة. فالمريض يسمع الأصوات أو الضوضاء في السكون التام (هلاوس سمعية). وهو يرى أشياء حيث لا يكون هناك شيء تراه العين (هلاوس بصرية). والهلاوس السمعية تحدث عادة في صورة أصوات، وعندئذ يسمع المريض أناساً يتهمونه، أو يثنون عليه، أو يدمغونه بأحكامهم. كما أن الأصوات غير اللفظية من قبيل الحفيف، أو التمتمة، أو الضحك كثيرة الشيوع كذلك.

ثم إن الهلاوس البصرية متنوعة تنوع الهلاوس السمعية، ولكنها في أغلب الحالات تتضمن أشكالاً إنسانية. وهذه الأشكال قد يخبرها المريض واضحة متميزة، أو على هيئة خيال أو ظل، أوعلى هيئة جسد بدون وجه متميز، وذلك بحسب الحالة المرضية. كذلك يقرر بعض المرضى ممن يخبرون الهلاوس أنهم يرون بعض الأشياء التي تتراوح بين الأهرامات إلى أشجار النخيل إلى الحيوانات المتكلمة. وعلى حين أن الذهانيين في المراحل الأولى من حالتهم المرضية قد يعدون هذه الإحساسات أوهاماً من صنع خيالهم، إلا أن الأمر ينتهي بهم في آخر الأمر إلى الاعتقاد بأن لهذه الاحساسات نصيباً كبيراً جداً من الواقع والحقيقة.

ثم إنه قد يكون من الحكمة أن نشير قبل أن نمضي إلى أن الخبرات التي من هذا النوع الذي وصفناه ليست من الندرة بالدرجة التي قد نظن. فإن الناس كثيراً ما تشرق الابتسامة في وجوههم حين يبدو أن الموقف يقتضي الانخراط في البكاء، كما أنهم قد يحملون الاعتقادات القوية بأن الآخرين

يكيدون لهم، أو قد يسمعون وقع أقدام غامضة من خلفهم في الحارات المظلمة ويقسمون أنها أصوات حقيقية. والخبرات من هذا النوع، وإن كانت تمثل تشويهاً عابراً للحقيقة والواقع، ليست في ذاتها وبذاتها أمارة على المرض العقلي. وإنما هي تصبح كذلك حين تحدث بتكرار ملحّ وحين تبدأ تعطل الفرد عن القيام بالتزاماته الاجتماعية. عندئذٍ يصبح تشخيص الحالة على أنها نوع من الذهان. نأخذ هذا بعين الاعتبار، ثم نتجه إلى تدبر مجموعة الأعراض المحددة التي يتميز بها الذهان كما تتمثل في الاكتئاب، ثم الهوس، ثم الفصام.

الاكتئاب Depression:

الخصائص الرئيسية المميزة للاكتئاب الذهاني هي القنوط المسيطر، والبطء الشديد في العمليات الجسمية العقلية، ومشاعر التأثم. على أن هذه الخصائص يصاحبها في أكثر الأحيان طائفة متنوعة من الأعراض الثانوية من قبيل فقدان الشهية، والأرق، والبكاء المتكرر. أي أن الصورة العامة تقترب من حالات الحداد المعروفة. لكننا نجد مع ذلك في حالات الاكتئاب الذهاني أنه لم تقع حادثة وفاة مباشرة أو قريبة بين أفراد الأسرة أو الأصدقاء، وأنه في الحالات التي نجد فيها واقعة وفاة، يمتد الاكتئاب ويطول إلى فترات أطول بكثير من فترات الحداد العادية.

وعند نشأة الاكتئاب نجد أن البلادة الجسمية physical apathy قد انضافت إلى البلادة العقلية mental apathy، وأن المريض قد أصبح عاجزاً عن أن يهم بأي نشاط أو عن أن يمضي في حياته. ولعل التقرير التالي الذي أمدتنا به ممرضة تعرضت شخصياً لمثل هذه الخبرة يُبين لنا بوضوح كيف أن الانهاك الجسمي والانهاك العقلي معاً يكونان بمثابة الخصائص المميزة للاكتئاب الذهاني:

> «انتابني إجهاد جسمي لا قبل لي بوصفه. كان هناك شعور بالتعب في العضلات يختلف عن كل شعور سبق لي أن عرفته. إحساس غريب بدا وكأنه يتصاعد من النخاع الشوكي إلى المخ. وكنت أحس بشيء من التوتر العصبي لا أملك وصفه... كنت أقضي الليالي بدون نوم، أرقد فيها وعيوني جافة شاخصة تحملق في الفضاء، وأنا في رهبة من أن كارثة فظيعة ما توشك أن تقع. وبدأت أخشى من أن أترك وحدي. ثم أصبح أتفه الواجبات وكأنه عبء باهظ شاق، وأخيراً أصبحت التمرينات الجسمية والعقلية أموراً مستحيلة، إذ امتنعت العضلات المتعبة عن الاستجابة، ورفض «جهاز التفكير» عندي أن يعمل؛ وتبخر الطموح. كان شعوري العام من النوع الذي يمكن

تلخيصه في عبارة «وما الجدوى». لقد بذلت كل جهد لكي أجعل من نفسي شيئاً، ولكن المقاومة بدت عديمة الجدوى. فقد كانت الحياة تبدو عقيمة تماماً»

(Reid, 1910, pp. 612 — 13)

وكلما ازدادت مشاعر اليأس، نمت الهذاءات لدى الفرد بأنه عديم النفع. وهذه الهذاءات تمثل مشاعر التأثم والخطيئة التي تفاقمت وتجاوزت كل الحدود. ولأن المريض يعتقد أنه قد ارتكب من الآثام ما لا يمكن التكفير عنه، تراه ينتهي إلى الشعور بأن تعاسته (وأحياناً ما في العالم من تعاسة) هي نوع من العقاب على ما ارتكب من ذلك. ثم إن المريض يقيم على اعتقاده هذا على الرغم من الحجج التي حسن بناؤها والتي يتقدم بها إليه من يحبهم من الأهل والأصدقاء الذين يحاولون إقناعه بأن مثل هذه المعتقدات لا أساس لها من الصحة.

وهذاءات انعدام الجدوى تؤدي في كثير من الأحيان إلى التفكير في الانتحار. إذ أن الانتحار، ذلك التصرف اليائس الأخير، يبدو في نظر المريض بمثابة الحل الوحيد لعذابه الذي لا ينتهي.

«ولسبب غامض، أو ربما لأني كنت ارتكبت الخطيئة التي لا تغتفر، أو لمجرد أني كنت مخطئاً كريهاً، أسوأ من خلق من الرجال، تم اختياري لكي أدخل حياً من خلال أبواب جهنم إلى مستشفى عادي إنجليزي للأمراض العقلية... (زوجتي) كانت الشخص الوحيد الذي استطعت أن أسر إليه بما لدي من فزع ورعب، وقد حاولت جاهداً أن أطلعها على مجرى تفكيري. وكان ذلك يتلخص بصفة عامة في أني أشبه بشخصية مقابلة لشخصية السيد المسيح. لقد كانت مهمة الشيطان أن يتصيد الإنسان، ثم يجعله يبيعه روحه بيعاً كاملاً ونهائياً، مثل فاوست، ثم يشده إلى الهاوية. كان هذا نوعاً من المكافىء اللازم لقيامة المسيح... لكن لو أني كنت أملك الانتحار... إذن لكنت تمكنت من الخروج من العذاب الأبدي ونجحت في أن أصل بروحي إلى النسيان والتلاشي الذي كانت تشتهيه. وقد حاولت بالفعل ارتكاب الانتحار ثلاث مرات، كان أكثرها خطورة تلك المحاولة التي انتزعت نفسي فيها من القائم على رعايتي لألقي بنفسي أمام سيارة بينما كانت زوجتي المسكينة أثناء زيارتها لي، تشاهدني» (Custance, 1952, pp. 66 — 67).

وهذاءات انعدام الجدوى، شأنها شأن أكثر أنواع الهذاءات، ترتكز على مقدمات غير معقولة، ولكنها مع ذلك تتضمن منطقاً داخلياً من الصعب دحضه أو تفنيده. فلو أننا سلمنا، كما يبين لنا المثال السابق، بصحة المقدمة القائلة بأن المرء عديم الجدوى، لترتب على ذلك ألا يصبح الانتحار ـ بوصفه الصورة القصوى لعقاب الذات ـ نتيجة غير منطقية.

وعلى الجملة نقول إن الاكتئاب الذهاني يتألف من عدد من الأعراض المختلفة هي مشاعر التأثم، والمعتقدات الباطلة، ووجدان الاكتئاب، والتفكير في الانتحار. ولو أننا نظرنا من خلال الأمارات الرئيسية للمرض العقلي التي قدمناها فيها سلف، لوجدنا أن أهم الأمارات السائدة في الاكتئاب هي اضطراب الوجدان (الاكتئاب الشديد) والهذاءات (هذاءات انعدام الجدوى).

الهوس Mania:

أنواع السلوك المرتبطة بالهوس تبدو مناقضة لتلك الأنواع التي نراها في الاكتئاب. ذلك أن المريض بالهوس، بدلاً من أن يكون قانطاً، تراه منتشياً مطمئناً قابلاً للاستثارة، وبدلاً من أن يشعر بالإجهاد البدني والإنهاك، تراه لا يتعب مليئاً بالحيوية والطاقة. والمرضى الذين يعانون من ذهان الهوس يظلون في حال دائمة من الضحك، وإطلاق النكت، وارتجال الخطب في كل أنواع الموضوعات غير المعتادة.

وعلى الرغم من هذا المظهر السعيد المنشرح، نجد أن مريض الهوس أبعد ما يكون عن السعادة أو الرضا. فإن الفحص الدقيق يكشف عن أن فرط نشاطه ستار يخفي ما وراءه من التوتر. وهو دائم التنقل، لا لأنه يريد ذلك، وإنما لأنه يضطر إلى ذلك. بل إن بعض المرضى يدفعون أنفسهم إلى مستوى من حمى المرح والنشاط هذه إلى أن ينهاروا من الإنهاك.

على أن ذهان الهوس وذهان الاكتئاب يتشابهان في أن كلاهما يتضمن الهذاءات والتطرف في الوجدان أو الحالة المزاجية. لكن طبيعة الهذاءات في كل واحد من هذه الاختلالات يختلف عن الآخر بمقدار ما بين نوعية الحالات المزاجية من اختلاف. أما في اختلال الهوس فإن هذاءات المريض تتركز حول القوة والعظمة، على حين أن هذاءات مريض الاكتئاب تتركز حول عدم جدواه. إن مريض الهوس يعاني من هذاءات العظمة.

وهذاءات العظمة عند مريض الهوس تقنعه بأنه على كل شيء قدير. ونتيجة لذلك، يصبح الشفاء بالإيمان والقيام بالانقلابات السياسية والغزوات الجنسية الكبرى أموراً في ميسوره الآن. ثم إن المريض بسبب هذه الهذاءات يعجز عن أن يدرك أن مثل هذه الاعتقادات هي في حقيقة الأمر تعبيرات عن

أخيلته الداخلية. ولأنه يعتقد أن هذه القدرات الطارئة قدرات حقيقية، يكون عرضة لأن يتصرف وفقاً لها. وفي دراسة الحالة التالية تدل حالة الاستثارة القصوى وكذلك الأمارات المبكرة على هذاء العظمة على وجود ذهان الهوس.

«أتت امرأة مرتاعة إلى العيادة بزوجها الذي يبلغ من العمر خمساً وثلاثين سنة والذي يعمل مختصاً بالكيمياء الحيوية.... دخل الرجل العنبر في روح عالية وشرع يقوم بتحية المرضى ويؤكد أن المكان «رائع» ويطلق النكات السريعة سخرية من أسماء الأطباء الذين كان يقدم إليهم...

وبعد أن غادرت زوجته... أخذ المريض يرمح في الصالة، ويلقي بدوائه على الأرض، ثم قفز إلى قاعدة نافذة وجعل يتحدى الناس أن ينزلوه من مكانه المرتفع. ثم وضع في غرفة بمفرده حيث يستطيع أن يكون حراً، فعمد مباشرة إلى فك أجزاء السرير والطرق على الجدران والصراخ والغناء. ثم اندفع خارجاً إلى الصالة واندمج في نوع غريب من الرقص من قبل أن تتيسر إعادته إلى غرفته.

وفي الصباح التالي وبعد ليلة لم يكد يحظى فيها بالنوم، كان المريض أكثر ضجة وحيوية مما كان عليه من قبل. فقد حطم المصباح العلوي بحذائه، وكذلك مزق عدداً من ملابس المستشفى، ثم غطى نفسه ببعض القطع الممزقة التي تخلفت عن هذه الملابس، وادعى أنه طرزان وأخذ يطلق صيحات الغابة ليثبت ذلك. ثم جعل يزأر قائلاً «لقد شربت دم النمر! إنني رجل عبقري أستحق منصب رئيسي في العمل. لقد سبق أن قتلت وسوف أواصل القتل الآن». ثم أخذ يوجه تعليقات غرامية إلى الممرضات وهو يتهمهن بأنهن يطارحنه الغرام ويعلن بصوت مرتفع «الآن أنا لست متزوجاً، ولكن جسمي مع ذلك ليس للبيع، مهما كان الثمن» (Cameron and Margaret, 1951, p. 332).

وفرط النشاط الذي نجده عند مرضى الهوس، بالإضافة إلى ما يكررون ادعاءه من العظمة، يؤدي بالآخرين إلى أن يعدوهم مختلين تمام الاختلال. ولذلك ليس من العجيب أن نجد كلمة مجنون (أو مهووس) maniac مستمدة من المصطلح «هوس mania».

وقد دفعت أوجه التشابه بين الهوس والاكتئاب بعض الإكلينيكيين إلى الاعتقاد بأن هذين النوعين من الاضطراب هما في حقيقة الأمر وجهان مختلفان لاختلال واحد. أما أصحاب النزعة البيولوجية من الإكلينيكيين فيرون أنه لا بد من وجود خلل بيولوجي يكمن وراء كل من هذين الاضطرابين، وأن التغيرات الأيضية هي التي تملي نوع السلوك الذي يسود في لحظة معينة. وأما أصحاب النزعة السيكولوجية من الإكلينيكيين فيرون أن سلوك الهوس هو بمثابة استجابة لمشاعر الاكتئاب، أو بمثابة إنكار لها: أي أن استجابة المريض نوع من «المواصلة

أو الاستمرار» السيكولوجي والجسمي من أجل أن يدفع عن نفسه الاكتئاب الذي يشعر أنه قد جعل بداخله. وعلى الرغم من انقضاء سنوات كثيرة من الفحوص الإكلينيكية والمختبرية، إلا أن هذه القضية لاتزال تنتظر الحل.

الفُصام (الشيزوفرينيا) Schizophrenia:

كل الأمارات السلوكية للذهان التي أوردناها فيما سلف قد تظهر في الفُصام. والفصامي كثيراً ما ينسحب من الاتصالات الاجتماعية لفترات طويلة من الزمن، كما أنه قد يبدي عمليات انفعالية شاذة، تتخذ في الغالب صورة «الوجدان المتبلد». ولكن هذا النوع من الاضطراب يتميز أول ما يتميز بالانحرافات الغريبة في التفكير والإدراك الحسي. لهذا سوف نركز على اختلال اللغة، والهذاءات، والهلاوس.

أما اختلال الوظائف اللغوية في الفصام فكثيراً ما يكتشف لأول مرة في الزلات الدقيقة في كلام المريض ـ كأن توضع كلمة في جملة لا تنتمي إليها، أو كأن توضع عبارة غير ملائمة في حديث متماسك فتفسده. وكلما كثرت الوقائع من هذا القبيل، ازداد تأثيرها في قدرة المريض على التواصل الفكري، وفيما يلي مقابلة بين مريض الفصام وطبيب تقدم مثالاً واضحاً على ذلك:

الطبيب	: عم تتحدث؟
روبرت	: لقد خدعت، خدعت مرة ومرات. خدعتني الجماهير وخدعتني النقود لكي أبني الفضاء. هم يتحدثون عن مبدأ اللذة، وهدف اللذة، ولكن الأمر كله مجرد نشاط جنسي مزيف.
الطبيب	: ماذا تعني؟
روبرت	: أنا أعلم بما أفعل، إنني أحيا خارج حياة جدي. كان عليهم أن يخبروني، أن أمي انقضت. إن أمريكا تنظر إلى وارثيها.
الطبيب	: هل يكلمك الله؟
روبرت	: لا، أنا لا أسمع أصواتاً. إنما استخدمت ذلك كناحية جنسية فقط.
الطبيب	: هل ترى نمطاً معيناً للعالم؟
روبرت	: إنه غير مادي. لا أقول إنني لا أستطيع أن أستخدم القمر. الله صنع القمر، فلنتركه للعالم إذن. إنني أشبه بطبيب الأمراض العقلية وإنني أحاول مساعدة أمي.
الطبيب	: ما بالها؟
روبرت	: عندي شيء من الحدس. يبدو أنها لا تريد أن تكون أباً. لو أنها أطلعتني على عبارة مكتوبة لكنت القسيس.

(Zax and Stricker, 1963, p. 65)

والاقتباس السابق يبين لنا بجلاء كيف أن العلاج النفسي للفصاميين يكون عملية شاقة طويلة.

والفحص الدقيق للاستجابات الغريبة للفصاميين يكشف لنا في كثير من الأحيان عن أن هذه الاستجابات تنشأ عن تحلل في الترابطات أو المتداعيات. فبينما يستجيب معظم الناس، من خلال عمليات التداعي السوية، باستجابة متشابهة للكلمة الناقصة في «أحمر وأبيض و-» نجد أن أكثر الفصاميين يعجزون عن ذلك. ذلك أن رابطة التداعي التي تؤدي إلى الاستجابة الصحيحة في هذا الموقف تكون قد فسدت في حالة الفصامي. وهكذا نجد لدينا حالة المريض الفصامي الذي كان في غمرة الشكوى من خدمة غسيل الملابس بالمستشفى، ثم إذا به ينتقل إلى الحديث التفصيلي عن الشيوعية الصينية. فإن كلمة «صيني» عملت بمثابة رابطة التداعي التي نقلت التفكير من الغسيل إلى الشيوعية[١].

ثم إن الاستنتاجات غير المعقولة التي تنشأ عن ارتباطات التداعي عند الفصامي تتضح من المثال الذي زودنا به جوزيف تشيرش[٢] Joseph Church وهو سيكولوجي يكتب في اللغة المرضية. وهنا يصف لنا تشيرش مريضاً بالفصام ينسب للسيكولوجي عدة قوى غير عادية بسبب سلسلة من ارتباطات التداعي البعيدة التي يثيرها اسم السيكولوجي:

> «ومنذ بادىء الأمر، أخذ المريض ينسب صفات أقرب إلى البطولية للمؤلف، ربما كان سببها ان اسم المؤلف يحمل دلالات دينية كنسية. لكن هناك أمراً آخر مع ذلك، هو أن كلمة Church تبدأ وتنتهي بالحرفين ch اللذين هما الحرف الثالث والثامن من الحروف الأبجدية، بحيث يصبح من الممكن كتابة الكلمة هكذا 38 U R 38... ولأن الكلمة عبارة عن UR محصورة بين اثنين من الأرقام هما 38، فإنه يمكن كتابة الاسم هكذا UR 238. وهذه قريبة جداً من الرمز العلمي لكلمة اليورانيوم الأمر الذي أقنع المريض بأن المؤلف مزود بشيء من الطاقة الذرية. ثم إن كلمة Church تحتوي على اثنين من حرف H، أي أنها تحتوي على H2 أو الهيدروجين الثقيل أو على ما تتطلبه صناعة القنبلة الهيدروجينية كذلك». (1961, p. 159)

على أن ارتباطات التداعي البعيدة من هذا النوع، بالإضافة إلى ما ينشأ من الهذاءات والهلاوس، هو ما نقصده حين نصف الفصامي «بأنه قد فقد

---

(١) أكثر من يعملون في غسل الملابس في المجتمع الأمريكي من الجنس الصيني، ولعل هذا يعين القارىء على فهم النص. (المترجم).

(٢) لقب هذا العالم يعني كنيسة في اللغة الانجليزية، ولعل هذا يوضح النص للقارىء. (المترجم).

الاتصال بالواقع».

ولعلنا نذكر أن الهذاءات معتقدات باطلة يتشبث بها المريض بشدة حتى ينتهي به الأمر إلى أن يراها حقائق. والهذاءات في الفصام قد تتخذ عدة صور، كأن يعتقد بأن أشياء غريبة تحدث في بدنه (هذاءات جسمية)، أو كأن يعتقد أن سلوكه تتحكم فيه قوى غريبة (هذاءات التأثير). كما أن من بين أكثر الهذاءات شيوعاً هذاءات الاضطهاد وهذاءات العظمة التي وصفناها من قبل. والاختلالات الفصامية التي تسود فيها هذاءات الاضطهاد أو هذاءات العظمة أو كلاهما معاً تسمى **بالفصام البارانوي** paranoid schizophrenia.

وقد اتخذ موضوع الهذاءات موضوعاً لكثير من البحوث والدراسات. من ذلك أن ملتن روكيش Milton Rokeach وهو أحد المشتغلين بالدراسات الاجتماعية من المهتمين بدراسة أنظمة المعتقدات من حيث نشأتها واستمرارها، أجرى دراسة تركزت على مقاومة المعتقدات الهذائية للتغير. وروكيش يحدثنا في كتابه الذي سماه: The Three Christs of Tpsilanti (1964) عن ثلاثة مرضى بالبارانويا كان كل منهم يعاني من هذاءات العظمة، ويصر على أنه يسوع المسيح. ولعل ما يجعل هذه الدراسة على درجة كبيرة من الطرافة والجاذبية أن المرضى الثلاثة كانوا نزلاء في مستشفى واحد في وقت واحد. وكان روكيش يجمع الثلاثة معاً على فترات منتظمة عدة شهور ليرى ان كانت معتقداتهم تتغير حين يتعرض الواحد منهم بانتظام للتناقض النهائي وهو أن أناساً آخرين يزعمون لأنفسهم عين الصفة.

أما في الاجتماعات الأولى فكان الأنبياء الثلاثة ينغمسون في مناقشات يومية حول شخصياتهم، ويلجأون إلى الإنكار حين يطلب إليهم تفسير دعاوى الآخرين. فسر أحدهم تلك المفارقة أو التناقض بين الشخصيات بأن أعلن أن الاثنين الآخرين ليسا على قيد الحياة حقيقة. ثم انقضت شهور ضعفت بعدها حدة المناقشات. ومع ذلك فشلت المواجهات في أن تغير الهذاءات. كان من المرضى واحد يسمى ركس Rex كان يدعي أن اسمه الحقيقي هو Dr. Domino Dominorum et Rexarum, Simplis Christianus Pueris Mentalis Doktor (وهذا اسم لاتيني معناه «رب الأرباب، وملك الملوك، طبيب الأمراض العقلية المسيحي الشاب)، ثم غير هذا المريض اسمه خلال الدراسة إلى الدكتور

ر. ا. دنج. Dr, R. I. Dung. لكن اسمه الجديد مع ذلك لم يكن يعني أنه قد غير اعتقاده الخاص بهويته، وإنما كان الاسم الجديد محاولة من جانبه لإخفاء هوية يسوع المسيح التي يحملها حتى لا يتعرض لهجوم الآخرين وحتى يستتر عن الرأي العام.

والفصاميون المتعاظمون كثيراً ما يؤمنون بأن لهم مهارات غير عادية أو قوى خارقة. من ذلك أن المريض التالي كان يشعر أنه يستطيع السيطرة على الآخرين من خلال شعاع رادار قوي مستقر في جسده:

«كان ما لديَّ من شعـاع الرادار مصدر متعة وسرور لي، إذ لم يقتصر الأمر على أن هذا الشعاع ثابت لا يتناقص، وإنما تبين لي كذلك أنني أستطيع أن أتحكم في هذا الشعاع. كنت أستطيع أن أستدعيه بإرادتي أو أن أخمده. وقد أفادني كثيراً في عنبر المستشفى. كنت أستطيع أن أطرد أو أبعد الممرضين أو المرضى بإرادتي. كل ما كان الأمر يتطلبه هو أن أتعرف على المصدر المركزي للحرارة في شبكتي الشمسية solar plexus لأنقلها إلى عيني، ثم أحملق في غضب إلى عدوي، فإذا بلونه يصير شاحباً باهتاً، وإذا بالفزع يستبد به لينصرف في العادة. ولأن مصدر القوة مستمر حتماً في داخلي، في صدري، كان لا بد من أن هذه القوة مستمدة من الشمس. قوة شمسية، أو شبكة شمسية. ولهذا السبب تجدني، إذا لم أكن منشغلاً ببعض الأعمال الروتينية ـ كالأكل أو قضاء الحاجة أو كأن يقوم الممرضون تبغيير أربطتي، أظل أحملق في الشمس لأمتص ضوءها وما فيها من دفء». (Peters, 1949, pp. 143 — 44).

وقد يحسن أن نشير هنا إشارة عابرة إلى أن الانتقال الطريف من القوة الشمسية إلى الشبكة الشمسية مثال آخر على ارتباطات التداعي المفككة التي تحدثنا عنها من قبل.

وأما هذاءات الاضطهاد، فإنها تتضمن، كما يشير اسمها، معتقدات تتركز حول أفكار الإضرار. ذلك أن الفصامي يؤمن بأن الآخرين يودون تعذيبه أو إلحاق الأذى به. فالحالة التي تجدها في الصفحات الأولى من هذا الكتاب والتي تعتقد فيها الفتاة الجامعية أن جماعة قوية من الأساتذة يرصدون أفعالها وتصرفاتها توضح هذا النوع من الهذاء. كذلك كثيراً ما يقوم الفصاميون بالمزج أو الربط بين الوكالات الاجتماعية من قبيل مكتب التحقيقات الاتحادي FBI، ووكالة المخابرات المركزية CIA، وشركة بل للتليفون في أنظمة الهذاءات المفصلة عندهم. كما أن بعضهم يحاول أن يهرب ممن يقومون بتعذيبهم إلى مدن أخرى ليجد أنهم قد تعقبوهم وعثروا عليهم في دقة بالغة.

وفي كتاب «العملاء والأشياء» Operators and Things تتحدث امرأة شابة، بعد أن شفيت من حالة فصام، عن الاضطهاد الذي تعرضت له من قبل مجموعة من المعذِّبين الشياطين يسمون «العملاء». وكان بعض هؤلاء العملاء المكلفين بمهمة تعذيب الأشياء (الضحايا)، يسمون «عملاء الخطاف» Hook operators.

«وكلما فكرت في عملاء الخطاف الآن، رأيت صورة رجل قد استقر الخطاف في ظهره. والخطاف مثبت في حبل والحبل يتدلى من السقف. والرجل الذي ثبت الخطاف في ظهره يتدلى هكذا من السقف وقد عجز عن أن يستقر بأقدامه على أرضية الغرفة، كما شوه الألم وجهه، وأخذت ذراعاه وساقاه تضربان الهواء في عنف ووحشية.

ومن خلف الرجل يقف عميل الخطاف بعد أن أنهى مهمة الخطاف بنجاح، وقد أخذ يرقب وينتظر وهو مزود بأدواته الأخرى: السكين والفأس». (O' Brien, 1958, p. 16)

كذلك تحاول الكاتبة في فقرة أخرى أن تهتدي إلى وسيلة تهرب بها ممن يضطهدونها، أولئك الذين يستطيعون قراءة الأفكار والذين يصاحبونها في إصرار في كل شيء تفعله:

«ثم خطرت لي فكرة: على أي بعد يستطيع العميل أن يؤثر في ذهن الشيء»؟

«حوالي مربعين ونصف من مربعات المدينة. وليس كل العملاء يستطيعون أن يمدوا تأثيرهم إلى هذا المدى مع ذلك. فإن بعضهم لا يستطيع أن يمد تأثيره لأبعد من عشرين قدماً.

وقدرت أنني لو استطعت أن أبعد بمسافة مربعين عن كل العملاء لوجد ذهني من الأمن والطمأنينة ما يوصله إلى الشفاء. وكان من الواضح أن العملاء كانوا قد فتحوا في ذهني فتحة واسعة تمكن كل عميل من أن يرصد ما يسجل فيه. إن ما احتاج إليه لتنفيذ الخطة هو المال. فلو أنني عدت إلى بيتي لأمكنني أن أستخرج من المال ما كان لي بالبنك. وأن أشتري لنفسي بيتاً صغيراً أترك حوله مساحة كبيرة من الأرض».
(O' Brien, pp. 44 — 45)

لكن محاولات الهرب التي قامت بها باءت بالفشل بسبب أن وسائل النقل الأساسية التي استخدمتها وهي أوتوبيسات جراي هاوند Greyhound Buses كان يقودها العملاء:

«وعلمت أن شركة أوتوبيسات جراي هاوند هي وسيلة المواصلات المفضلة لدى العملاء.

إن جراي هاوند يسيطر عليها العملاء... وسائق أوتوبيس جراي هاوند يكون دائماً من العملاء، عميل مرخص يتخذ من قيادة السيارات ستاراً». (O' Brien, p. 41).

على أنه ليست كل هذاءات الفصاميين بهذه الدرجة من الوضوح في التعبير. إذ كثيراً ما نجد القائمين بالاضطهاد في كثير من الحالات شخصيات مبهمة غامضة لا تدرك إلا بصعوبة بحيث لا يمكن تحديدها أو تعيينها. فإذا سألت الفصامي عمن يحاول أن يؤذيه أو يسممه أو يقتله لأجاب ببساطة «هم».

والهلاوس الذهانية أو الإدراكات الحسية المزيفة الملحة تظهر في الاختلالات الفصامية بدرجة أكبر كثيراً مما تظهر في الاكتئاب أو الهوس. وأكثر أنواع الهلاوس شيوعاً وانتشاراً الهلاوس السمعية. ولكن الهلاوس، سواء أكانت سمعية أم بصرية، من شأنها أن تؤدي إلى الخلط، كما تؤدي إلى الفزع في كثير من الأحيان. إنها بدعة من خيال الفرد يعتقد خطأً أنها حقيقة.

أما الهلاوس السمعية فكثيراً ما تسبقها فترة يعلن فيها المريض أنه يسمع أفكاره عالية واضحة. ثم تصبح هذه هلاوس حين يعجز المريض عن القيام بهذا التمييز ويصر على أنه يسمع أصواتاً حقيقية. وفي المقتطف التالي تكتب امرأة صحافية عن خبراتها حين كانت تستعد للرقاد والنوم.

> «لم تكد رأسي لتمس الوسادة حتى سمعت صوت رجل ـ صوتاً باريتوناً جميلاً جداً ـ يتقدم فيما يبدو من الكرسي الكبير الموجود إلى جوار المدفأة ويسأل بوضوح وفي صوت مرتفع «هل أنت يقظانة؟».
>
> ونهضت متكئة على مرفقي الأيسر واتجهت إلى الناحية التي ورد منها الصوت، وشعرت فجأة أن التعب قد زايلني وأنني نشطة منتعشة وفي منتهى التيقظ وأجبت «نعم يقظانة إلى أبعد حد، من تكون أنت؟».
>
> لكن «الصوت» تجاهل سؤالي واستأنف ـ «ألست أنت مؤلفة كتاب «فيما وراء المستور»؟» . . .
>
> وصحت في دهشة «نعم. ولكن كيف تسنى لك أن تعلم هذا. إنه لم ينشر بعد».
>
> (Anon, p. 1932, p. 7)

وفي واقعة تالية أمرها الصوت أن تسجد وتصلي وتنزع عنها ثيابها. وبعد أن امتثلت أخبرها الصوت أن شيطاناً أو عفريتاً قد دخل جسمها وأنها سوف تحمل «طفلاً عفريتاً». وأثار هذا ثائرتها ويأسها. لكن من حسن حظ هذه المريضة أن واقعة الهلاوس عندها حدثت في القرن العشرين. ولو أنها كانت تعيش في العصور الوسطى لكان من المحتمل أن تتهم بمغازلة الشيطان وأن ينفذ فيها حكم الإعدم حرقاً وسط أعواد الحطب.

وأما في الهلاوس البصرية فإن الأخيلة والأوهام ينظر إليها كذلك على أنها حقيقة. والخبرات البصرية من هذا النوع تقع أحياناً كوقائع منفصلة. ولكنها مع ذلك قد تكون في أوقات أخرى عناصر في خطط هذائية معقدة، كما حدث في الحالة التالية التي نجد وصفها في كتاب «العملاء والأشياء». فقد استيقظت المؤلفة ذات صباح لتجد ثلاثة أشخاص غرباء يقفون إلى جوار سريرها ليخبروها أنه قد وقع الاختيار عليها لتكون موضوعاً لتجربة هامة:

«وحين استيقظت كانوا يقفون عند نهاية سريري وهم أشبه بأشباح مائعة غامضة. وحاولت أن أتحسس ملاءات السرير، وكان إحساس اللمس عندي حاداً. وتبيّنت أني يقظانة وأن الأمر صحيح...

قال أكبرهم سناً «أنا بيرت» وبدا عليه الاهتمام ولكن في صورة ميّتة مستسلمة، وأنه رجل قد عاش طويلاً في ترتيب ونظام وأنه يجد شيئاً من الصعوبة في التوافق مع دور المتحدث المفوض في حفل تقديم القرابين. «وهذا هو نيقولا» فابتسم الشاب ابتسامة مشرقة واسعة. ثم بدأ بيرت تفسيره. وتبينت السبب في اختياره ليكون المتحدث الرئيسي. كان يدلي بما يريد الكلام عنه بوضوح وفي كلمات قلائل. لقد تم اختياري للاشتراك في تجربة. وكان يأمل في أن أتعاون معهم، إذ أن نقص التعاون من جانبي سوف يزيد الأمر صعوبة بالنسبة لي وبالنسبة لهم. كانوا عملاء، ثلاثتهم. وكان هناك عملاء في كل أنحاء العالم على الرغم من أنهم كانوا لا يرون ولا يسمعون إلا نادراً. ولسوء الحظ أن رؤيتي لهم وسماعي إياهم كان جزءاً ضرورياً من التجربة».

(O' Brien, 1958, pp. 31 — 32)

وعلى الرغم أن الهلاوس اتخذت في هذا المثال صورة أشكال إنسانية، إلا أن الفصاميين يقررون كذلك أنهم يرون الغريب من الحيوانات، والأشكال التي هي أشبه بالأشباح، وطائفة واسعة من الأشياء غير الحية. والهلاوس البصرية شأنها شأن الهلاوس السمعية من حيث إن مضمونها يتحدد بمدى قدرة الفرد على التذكر والتخيل.

وعلى الجملة نقول إن مجموعة الأعراض الذهانية تمثل أنواعاً من الاختلالات الخطيرة نسبياً التي تتميز بتذبذبات شديدة في المزاج واختلال في النواحي المعرفية والإدراك الحسي. كذلك يحدث كثيراً جداً أن نشهد قيام عالم من الوهم مصحوباً بانحلال في الوظائف الاجتماعية. وعلى الرغم من أن هناك بعض الأشخاص الذين يتمكنون من الوفاء بمسؤولياتهم الأسرية وفي مجال العمل وهم يخبرون الذهان، إلا أن معظمهم لا بد له من أن يودع بالمستشفيات.

ومجموعات الأعراض المختلفة التي قمنا بوصفها في هذا الفصل لا تمثل إلا قائمة جزئية من الاضطرابات الوظيفية. وعلى الرغم من أننا قمنا بوصف أنواع رئيسية ممثلة لكل طائفة أولية من (العصاب والسوسيوباثية والذهان)، إلا أن هناك أنواعاً فرعية من التقسيمات الفرعية لهذه الوظائف. من ذلك مثلاً أن الطبعة الأخيرة من «دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية» (الصادر عن هيئة أطباء الأمراض العقلية الأمريكية سنة ١٩٦٨) يسرد عدداً من أنواع الفصام لا يقل عن أربعة عشر. من بين هذه الأنواع نوع يسمى بفصام الوجدان الفصامي Schizoaffective schizophrenia (نوع من الفصام مصحوب بتذبذبات وجدانية عنيفة)، وفصام الطفولة، والفصام البارانوي، والفصام غير المتميز المزمن، وهذا النوع الأخير بمثابة التشخيص الشامل لكل المرضى الذين لا يمكن أن يندرجوا في أي نوع من الأنواع الثلاثة عشر الأخيرة.

على أن السؤال: هل لخطة التصنيف هذه أية فائدة فيما يتصل بفهمنا الحالي للمرض النفسي؟ سؤال يمكن أن يكون محل نظر وجدال. من ذلك أن ثبات تشخيص الطب العقلي لايزال ضعيفاً جداً. فقد بيّنت الدراسات أنه على حين أن معظم الإكلينيكيين (لا يجدون إلا أقل الصعوبة في التمييز بين التصنيفات الرئيسية (الذهان في مقابل العصاب، والفصام في مقابل الاكتئاب وهكذا)، إلا أنهم يواجهون الصعوبة في التحديد الدقيق للأنواع الفرعية في المقولات التشخيصية. وأسباب هذا معقدة مركبة، على رأسها فيما يبدو أن مجموعات الأعراض التقليدية (الكلاسيكية) التي تصفها الكتب هي بمثابة الاستثناء لا القاعدة. فإنه يبدو على معظم المرضى طوائف متنوعة من الأعراض التي يتداخل كثير منها في طوائف أو مقولات مرضية مختلفة. فالفصامي كثيراً ما تظهر عنده أعراض وسواسية قهرية، ومدمن العقاقير قد تكون عنده الهلاوس، والمريض بذهان الاكتئاب قد يكون مدمناً للخمر كذلك.

ومع ذلك فإن تصنيف هيئة الطب العقلي الأمريكية سوف يميل إلى البقاء والاستمرار إن لم يكن لأسباب قوية فعلى الأقل بسبب أن الإكلينيكيين لم يتمكنوا من أن يأتوا بتصنيف يلقى حظاً أكبر منه من التقبل والانتشار. ولذلك كان من المهم أن نأخذ بعين الاعتبار أن الأعراض هي تجريدات أو تعميمات فقط وأنها لا تمثل إلى الآن أكثر من وسيلة مريحة لتجميع الناس. وأن وراء كل طائفة من

الأعراض إنساناً معذباً له طائفته الفريدة من المخاوف والفشل وأسلوبه الفريد الوحيد في التماس العون والمساعدة. ولعل هذا هو ما ينعكس بصفة بارزة في تأملات روكيش فيما صنعه بالأنبياء الثلاثة في اليبسيلانتي Ypsilanti حين يقول:

«لقد تعلمنا الكثير من دراستنا هذه. فبالإضافة إلى ما أوردناه تعلمنا كذلك: أننا لو تجملنا بقدر أكبر من الصبر، لتحول التناقض الظاهر فيما يصدر عن الذهاني من أقوال وسلوك إلى امور يمكن أن يزداد فهمنا لها شيئاً فشيئاً، وأن الذهان أبعد ما يمكن عن أن يكون حالة من السعادة والنعيم كما يصور البعض؛ وأنه قد يكون في بعض الأحيان أنسب وسيلة يمكن أن يهتدي إليها الفرد للتعامل مع الحياة؛ وأن الذهانيين لديهم أسباب وجيهة تحملهم على الهرب من مصاحبة البشر مع الاشتياق إلى ذلك في نفس الوقت».

(1964, p. 331)



الفصل الثالث

وجهات نظر في الفصام

ربما كان الفصام، وهو الذي يتميز بأعراض معقدة غير عادية، أشق مجموعات أعراض المرض العقلي على فهم الجمهور. ولكن الهذاءات والهلاوس وأنماط الكلام الغامض التي تكون لدى الفصامي لا تحير الرجل العادي وحده وإنما هي تحير الإكلينيكي والباحث كذلك. وقد ترتب على هذا أن ظهرت كتابات نظرية تجرُبية واسعة هائلة في هذا الموضوع وحده، بحيث يصبح من الممكن أن نتخذ من الفصام مثالاً على الأساليب التي استخدمها العلماء في دراسة الظاهرة المرضية.

وكتب الفصام تحوي أنواعاً كثيرة من الصياغات النظرية، بعضها بمثابة فروض نظرية عريضة مهمتها الأولى أن تولد أفكاراً جديدة أو أن تحدد المجالات التي يمكن أن تؤدي فيها الأبحاث الجديدة إلى فوائد محققة. وقيمة هذه الصياغات تكمن عادة في قدرتها على أن توفق بين طائفة متنوعة واسعة من الملاحظات الإكلينيكية. لكن بعض الصياغات النظرية الأخرى أميل إلى أن تكون ذات نطاق محدود، ولأنها وضعت لتفسر لنا حيزاً محدوداً من الظواهر

الإكلينيكية فإنها أميل إلى أن تولد أنواعاً من الفروض المحددة القابلة للتقدير الكمي.

وفي هذا الفصل نستكشف عينات من النوعين من الصياغـات. وهذا يسمح لنا بأن نغوص إلى أبعاد أعمق في الملامح المميزة للاضطراب، كما يزودنا كذلك بصورة أفضل عن أنواع المناشط التي ينغمس فيها علماء النفس وغيرهم من المشتغلين بالعلوم الاجتماعية. والنصف الأول من هذا الفصل نخصصه لدراسة الصياغات النظرية السيكولوجية، على حين نخصص النصف الثاني منه لتفحص وجهات النظر البيولوجية والاجتماعية.

وجهـات النظر السيكولوجية:

معظم وجهات النظر التي تفسر الفصام بعبارات سيكولوجية تميل إلى أن تركز إما على مصادر هذا الاختلال أو على أعراضه. أما الصياغات النظرية التي تتناول أصول المرض ومصادره فإنها تدور في إطار تاريخي وتحاول أن تكشف عن العوامل الجوهرية التي ترجع إلى فترة ما قبل ظهور العرض، وأما الصياغات التي تتناول الأعراض فتميل إلى أن تبتعد عن النواحي التاريخية لتركـز على العمليات التي تكمن وراء السلوك الراهن للمريض. وفيما يلي سوف ننظر في أمثلة متعددة من كل نوع من هاتين الصياغات.

مصادر الفصام وأصوله:

الصياغات السيكولوجية للفصام التي تحاول أن تتناول موضوع العوامل المسببة etiology أو المصادر تميل إلى أن تؤكد العوامل الاجتماعية التي تسبق ظهور الاضطراب. من الأمثلة على هذا التأكيد ثنائية العملية ـ الاستجابية، ثم فرضية النكوص، ثم فرضية الرابطة المزدوجة. وهذه الثلاثة تحاول كلها أن تفسر من خلال وقائع سابقة السبب في أن بعض الأفراد أكثر تعرضاً للإصابة بالفصام من غيرهم.

ثنائية العملية ـ الاستجابية The Process — reactive dichotomy:

خطورة الفصام أدت بكثير من الإكلينيكيين إلى أن يستنتجوا أنه لا يمكن تفسير السلوك الغريب عند المريض إلا بأن علاقاته المبكرة جداً قد تعرضت للاختلال. وقد ترتب على هذا الاستنتاج قيام عدد كبير من الدراسات التي

تقارن بين حالة الفصامي قبل المرض بحالة غيره من الأسوياء. وفي أمثال هذه الدراسات كان ينظر إلى الفصام دائمًا على أنه مقولة مرضية واحدة متجانسة، أي على أنه نوع من الاضطراب يتشابه فيه المرضى من الناحية الإكلينيكية تشابهاً قليلاً أو كبيراً. لكنه ظهر حديثاً بدرجة نسبية نوع من التقسيم الثنائي الذي يقسم الفصام إلى نوع استجابي ونوع آخر يسمى بالعملية الفصامية من شأنه أن يتحدى هذه الفرضية (أعني أن كل حالات الفصام متشابهة).

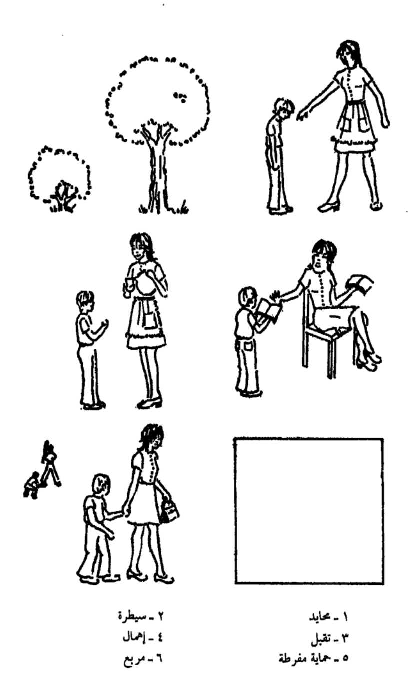
وهذا التقسيم يحدد نوعين أساسيين من الفصام هما: «العملية» الفصامية process schizophrenia والفصام «الاستجابي» reactive schizophrenia. والفرق الأساسي بين النوعين هو أن السلوك الفصامي في النوع الأول يبدو أنه بمثابة النتيجة النهائية لعملية انحلال طويلة، على حين أن الاضطراب الفصامي يبدو في النوع الثاني وكأنه استجابة متطرفة لنوع من الضغط الموقفي situational stress. كذلك نجد أن العملية الفصامية مرتبطة بتاريخ طويل مزمن من سوء التوافق، كما أن نشأة الأعراض فيها تتم في بطء واستخفاء، وأن احتمالات الشفاء ضئيلة. لكن الفصام الاستجابي على العكس من ذلك يتميز بالتوافق الطيب نسبياً في فترة ما قبل المرض، وبأن نشأة الأعراض تكون فجائية، وبأن نسب الشفاء أفضل.

وقد دفع هذا التقسيم الثنائي المدهش إلى حدٍّ ما كثيراً من الباحثين إلى أن يستنتجوا أن فصام العملية الفصامية ينتج عن عيب وراثي، على حين أن الفصام الاستجابي ينشأ عن عوامل نفسية. لكن الثقاة المرموقين في المجال حين قاموا باستعراض الأدلة المتاحة انتهوا من ذلك إلى أنها لا تؤيد هذا الفرض إلا أيسر التأييد. من ذلك مثلاً أن بيكر Becker (1959) يرى أن التقسيم إلى عملية فصامية وفصام استجابي إنما يمثل طرفين متقابلين من متصل واحد لتنظيم الشخصية. وأما هيرون Herron (1962) فيؤيد ذلك قائلاً «ليس هناك ما يبدو أنه دليل ذو قيمة يؤيد ما يزعمونه من أن نشأة الفصام تنقسم إلى عملية فصام - عضوية في مقابل استجابية - نفسية» (p. 341). وعلى الرغم من أنه لا يزال بعض الخلاف قائماً حول ما إذا كان مرضى عملية الفصام يختلفون عن مرضى الفصام الاستجابي من حيث العضوية، إلا أن الذي لا شك فيه أن المجموعتين مختلفتان حقاً. أضف إلى ذلك أن النتائج المبدئية تبين أن المجموعتين

تختلف احداهما عن الأخرى من حيث نوع العلاقات التي تكون بين أفـرادها من ناحية ووالديهم من ناحية أخرى؛ وهذه حقيقة لها دلالتها الرئيسية من حيث نشأة المرض.

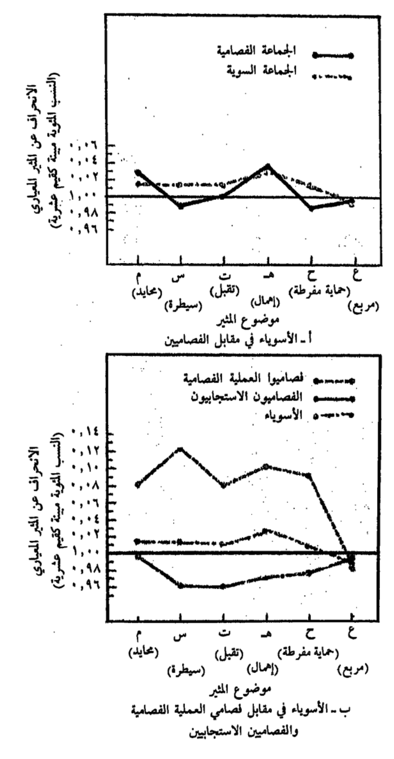
ومن أوائل الدراسات التي اتجهت إلى الكشف عما يكون بين الفصاميين من النوعين (نوع الاستجابيين ونوع عملية الفصام) من فروق أسرية مبكرة تلك الدراسة التي أجراها جيس هاريس الصغير Jesse Harris Jr. (1957). في هذه الدراسة استخدم هاريس عملاً من أعمال تشويه الإدراك لينظر هل تختلف المجموعتان من حيث الاستجابة للمثيرات التي ترمز للأم. وكانت الحكمة من وراء هذه الدراسة مستمدة من الدراسات السـابقة التي حـدث فيها تشـويه للإدراك كاستجابة للمثيرات التي تحمل مضامين انفعالية قوية. وقد دلل برونر وجودمان (١٩٤٧) Bruner and Goodman في الدراسة المأثورة في هذا المجال على أن الأطفال الفقراء أميل إلى ارتكاب الأخطاء عند تقدير أحجام العملات ذات القيم النقدية المختلفة. ثم رأى هاريس امتداداً من هذه الدراسة أن النوعين من الفصاميين (الاستجابيين وفصاميي عملية الفصام) قد يختلفون فيما بينهم من حيث تقديرهم لأحجام الصور التي تتضمن أمارات ترمز للأم إن ثبت حقاً أنهم يختلفون من حيث حساسيتهم لمثل هذه المثيرات.

ولاختبار صحة هذا الفرض قام هاريس بتقديم سلسلة من الصور التي تحكي أنماطاً مختلفة من التفاعل بين الأمهات والأطفال، إلى خمس وعشـرين فصامياً من نزلاء المستشفيات وخمس وعشرين من الأسوياء من نزلاء المستشفى من المرضى في أقسام الأمراض الباطنية والجراحة. ويبين الشكل رقم ٥ نوع المثيرات التي استخدمها. أما المنظر الأول (الشجرة والشجيرة) والمنظر السادس (المربع) فقد استخدما بوصفهما مثيرات ضابطة. وكان المفحوصون يعرضـون بسرعة لكل واحد من هذه المثيرات التي يتم عرض كل واحد منها على حدة على ستارة بيضاء، ثم يطلب إليهم أن يقدروا حجمه من الذاكرة. وكانوا يقومون بذلك عن طريق ضبط مكان الصورة في جهاز العرض إلى أن يحكموا بأن الصورة على الشاشة مساوية في الحجم للمثير المعياري. وكان المجرب يلاحظ عمليات الضبط التي يقوم بها المفحوص ثم يقدرها في صورة انحرافات عن المثير المعياري (مقدرة بالنسب المئوية).



١ ـ محايد ٢ ـ سيطرة
٣ ـ تقبل ٤ ـ إهمال
٥ ـ حماية مفرطة ٦ ـ مربع

شكل ٥ ـ مثيرات التفاعل مع الأم. مأخوذ عن هاريس (Harris, 1957, p. 654)



شكل ٦ ـ تقديرات أحجام مثيرات التفاعل مع الأم. مأخوذ عن هاريس (1957, pp. 659 — 660)

وقد عرضت النتائج في صورتين. أما الشكل رقم ٦ أ فيقارن بين أداء المجموعة الكاملة للفصاميين وأداء مجموعة الأسوياء. ويلاحظ أن الفرق ضئيل بين المجموعتين. وأما الشكل رقم ٦ ب فيبين عينة الفصاميين وقد انقسمت إلى شطريها من الفصاميين الاستجابيين والفصاميين الذين ينتمون إلى جماعة عملية الفصام. ويلاحظ هنا أن الفروق التي كانت مقنعة مستترة قد أصبحت سافرة جلية.

ثم إن الاختبارات الإحصائية تبين بالإضافة إلى ذلك أن جماعة الاستجابة وجماعة عملية الفصام يختلفان اختلافاً ذا دلالة في كل المثيرات فيما عدا المربع. لكن النتيجة المحيرة الوحيدة حقاً هي استجابات المجموعات المختلفة، من المفحوصين للمثير الأول (الشجرة والشجيرة)، إذ كان من الواضح أن المفحوصين لم يروا في هذه الصورة مثيراً محايداً. والمؤلفون يذهبون إلى أن مثير الشجرة (الكبيرة ـ الشجيرة الصغيرة) قد يكون اتخذ معنى رمزياً يشير إلى العلاقة بين الطفل والوالد عند كثير من المفحوصين، وأنه لذلك أدى إلى نتائج غير التي قصد به إليها.

ودراسة هاريس، مع غيرها من الدراسات، تميل إلى تأثيم أم المريض بالفصام. ولذلك أصبحت الأم المولِّدة للفصام مركزاً لعدد هائل من الأبحاث التي تستهدف التعرف على الخصائص الدقيقة التي تميز العلاقات الأسرية المبكرة للفصامي. وعلى الرغم من وفرة البيانات التي تجمعت عبر السنوات، إلا أن النتائج خرجت مخيبة للآمال. ذلك أن الدراسات تفاوتت فيما زعمته من أوصاف لأمهات الفصاميين، فمنها ما يصفهن بشدة التقييد، أو بالإفراط في الحماية، أو بالنبذ، أو بالانعزال، أو بالإفراط في الانغماس. كذلك تبين من دراسة قورنت فيها مجموعة من أمهات الفصاميين الذكور تبلغ المائة بمجموعة ضابطة من أمهات غير الفصاميين تبلغ نفس العدد أن الأم المولدة للفصام تتميز بأنها تهب نفسها لطفلها في إفراط، كما تتميز في نفس الوقت بأنها تنسلخ عنه في برود (Mark 1953)، وبالاختصار نقول إن النتائج المتعلقة بالأمهات المولدة للفصام غامضة ومتناقضة.

ثم إن هناك بعض الحقائق الهادية التي تتعلق بالبيئة المبكرة التي ينشأ فيها الفصامي نستمدها من دراسة أنماط السلوك الذي يكون فيما بين الأبوين بدلاً

من تركيز الدراسة على الأم. من ذلك أن جارميزي وكلارك وستوكنر Garmezy, Clarke and Stockner (1961) أجروا مقياس اتجاهات تنشئة الأطفال على مجموعة من الفصاميين الاستجابيين وفصاميي العملية الفصامية وعلى مجموعة كذلك من الأسوياء، وسألوهم أن يجيبوا على بنود المقياس على النحو الذي يرون أن أمهاتهم وآباءهم يمكن أن يستجيبوا عليه عندما كان المفحوصون لايزالون بعد في دور النمو. وقد تبين لهؤلاء المؤلفين أن فصاميي العملية الفصامية ينسبون إلى كل من الأبوين اتجاهات منحرفة بدرجة أكبر مما فعل الفصاميون الاستجابيون والأسوياء. كما لاحظ المؤلفون بالإضافة إلى ذلك أن فصاميي العملية الفصامية يتحدثون عن نمط من سيادة الأم على حين أن الأمر عكس ذلك عند الفصاميين الاستجابيين. أي أن سيادة الأب وسيطرته كانت القاعدة بين المرضى الاستجابيين.

وقد تأيدت هذه النتائج واتسعت من بعد ذلك في دراسة مختبرية قام بها فارينا Farina (1960). ذلك أن فارينا أراد أن يبحث أنماط التفاعل الذي يجري في أسر الفصاميين في واقع الحياة (على الطبيعة)، ولذلك استقدم والدي الفصاميين إلى المختبر وطلب إليهم أن يقوموا بحل سلسلة من المشكلات. وكانت هذه المشكلات تتألف من إثني عشر موقفاً فرضياً تصور أنماط الصراع الذي يكون بين الوالد وابنه. ومن الأمثلة على ذلك مايلي:

> جماعة من الصبيان ينادون ابنك البالغ من العمر ثماني سنوات ليخرج إليهم ويلعب معهم. ثم إنك لا ترى أن من صالح ابنك أن يلعب مع هؤلاء الأولاد، ولكنك تجده قد بدأ يغادر الدار ليذهب إليهم.
>
> ابنك البالغ من العمر سبعة عشر عاماً أتيحت له فرصة الحصول على عمل أنت على يقين من أنه عمل مناسب له. وهو يعلم أنك تود لو أنه قبل هذه الوظيفة. ولكنه هو لا يرغب في ذلك، ويود، بدلاً من ذلك، أن يقبل عملاً لا تراه أنت مناسباً له.

وقد طلب من الوالدين في أول الأمر أن يحل كل منهم هذه المشكلات بمفرده، ثم طلب منهم بعد ذلك أن يجتمع الوالدان معاً ليتعاونا معاً في الوصول إلى حل. ثم قام فارينا بتحليل سلوك التفاعل فيما بينهم مهتمًا بنوع خاص بأنماط السيطرة والصراع.

ثم استخرجت المؤشرات التي تدل على السيطرة والصراع من سلوك التفاعل بين الوالدين خلال الجلسة المشتركة. وقد كان من مؤشرات السيطرة المستخدمة مؤشر: من يتكلم أولاً، ومؤشر: من الذي يتكلم أكثر من غيره،

ومؤشر: عدد المرات التي يستسلم فيها الوالد للحل الذي يتقدم به الـوالد الآخر. كذلك تضمنت المؤشرات الدالة على الصراع عدد المرات التي يقاطع فيها أحد الوالدين حديث الآخر، وعدد مرات الاختلاف في الرأي، وعدد المرات التي يتحدث فيها الوالدان معاً أو في نفس الوقت.

وقد تميزت نتائج هـذه الدراسـة بالتعقيـد بسبب كثرة المؤشـرات التي استخـدمت للتعرف عـلى كل نـوع من أنواع التفـاعل، وبسبب كثـرة عدد المجموعات التي تتم المقارنة بينها. ومع ذلك يجد القارىء ملخصاً لهذه النتائج في الشكل رقم ٧ التالي.

	السيطرة: الأم	السيطرة: الأب	الصراع
الفصاميون الاستجابيون	ضعيفة وخانعة	مسيطر بدرجة ملحوظة	طفيف
فصاميو العملية الفصامية	مسيطرة بدرجة ملحوظة	خانع إلى حد طفيف	شديد
الأسوياء	نمط المشاركة في السلطة		قليل جداً

شكل ٧ ـ أنماط السيطرة والصراع لدى آباء الفصاميين. مأخوذ عن فراينا (Farina, 1960)

ومن هـذا الشكل يتضـح أن أنماط السيـادة الاجتماعيـة بـين والـدي الفصاميين الاستجابيين على عكسها تماماً بين والدي الفصاميين من النوع الثاني. كذلك يبدو أن الأطفال الذين يتحولون فيما بعد إلى فصاميين من نوع العملية الفصامية يتعرضون فيما يبدو لبيئة منزلية تسودها درجة عالية من التصارع. أي أن دراسة فارينا تبين لنا أهمية دراسة ما يكـون بين الـوالدين من عـلاقات بالإضافة إلى دراسة العلاقات التي تكون بين الوالد والطفل في الأسر الفصامية، كما أن هذه الدراسة تشير إلى ضرورة التفرقة بـين الفصاميـين الاستجابيـين وفصاميي العملية الفصامية عند البحث عن أسباب الفصام أو منشئه.

فرض النكوص The Regression Hypothesis:

يستند هذا المنحى في فهم أصول الفصام ومصادره إلى نظرية التحليل النفسي في الشخصية. في هذا الإطار النظري ينظر إلى السلوك غير العادي للفصامي على أنه انعكاس لعيب أساسي في الشخصية يؤدي وجوده إلى تهيئة المريض إلى العودة إلى مستويات أشبه بمستويات الأطفال في العمل تحت ظروف الشدة والضغط والعناء.

ونظرية التحليل النفسي ترى أن ميل الفصامي إلى الالتجاء إلى السلوك الطفلي أو إلى النكوص إنما ينتج عن خبرات انفعالية سلبية تحدث خلال السنوات الأولى القليلة من الحياة. كما يرون أن الموقف الذي يتخذه الآباء تكون له أهمية قصوى خلال هذه الفترة التي يتعين فيها على الطفل أن يواجه ما ينطوي عليه النضج من تحديات واحداً بعد الآخر. فالآباء الذين يشجعون ما يقوم به الطفل من محاولات الاتقان والسيطرة والذين لا يتدخّلون إلا عند الضرورة القصوى، إنما يعينونه على أن يصل ألى أقصى النمو النفسي. على حين أن آباء الفصاميين، وخصوصاً الأمهات، يظن بهم أنهم ينحرفون انحرافاً ذا دلالة عن هذا المعيار. وتذهب نظرية التحليل النفسي إلى أن أمهات الفصاميين إما أن يكن منسلخات انفعالياً عن أطفالهن، وإما أن يكن مفرطات في حمايتهن لهم.

فإن كانت العلاقة بين الطفل وأمه تتميز بالانسلاخ الانفعالي، أخذ الطفل يخبر برودة ملحوظة في تفاعلاته مع الشخص الوحيد الذي يستطيع أن يزوده بالحنو والدفء. ومع أن الأم تقوم فعلاً بتدبير الحاجات الرئيسية للطفل، إلا أنها مع ذلك تراه نوعاً من الغرم أو الخسارة النفسية، ولذلك تتجاهله حقاً. ثم يترتب على هذا أن يرى الطفل فيما ينشأ بين الناس من علاقات شيئاً غير ممتع، بل شيئاً ينطوي على التهديد، ولذلك فإنه ينسحب في آخر الأمر من الناس ويصبح منعزلاً اجتماعياً.

وأما الطفل الذي تعرض لفرط الحماية فإنه على العكس من ذلك يكون قد تمتع بقدر مفرط من الانتباه له والالتفات إليه. أي أنه يكون قد أغرقته الرعاية المفرطة إلى الحد الذي يجعله غير قادر على أن يسعى لنفسه أو أن تكون له ذاتيته المنفصلة. وفي أمثال هذه الحالات التي يشار إليها بالمعايشة symbiosis (معيشة أو

حياة ـ bios؛ معاً ـ sym) نجد الطفل وأمه بمثابة وحدة واحدة لا ينفصل فيها جزء عن الآخر. وسواء أكان الطفل قد تعرض لفرط الحماية أم للحرمان من الحب، فإن النتيجة في كلتا الحالتين واحدة هي أن يواجه النمو النفسي بالعقبات.

كنا قد بينا في الفصل الأول، كيف أن كلاً من حرمان الطفل والإفراط في تدليله قد يؤدي إلى توقف التقدم النفسي للطفل أو إلى تثبيته عند مرحلة مبكرة من مراحل النمو. أي أن كلاً من الطفل المنسلخ والطفل المعايش يمثل حالة قصوى من التثبيت. كما أن مما يزيد مشكلتهما حدة أن التثبيت عندهما يقع في أول مرحلة من مراحل تطور النمو وهي المرحلة الفمية. ولأن النجاح في المراحل التالية يتوقف إلى حد ما على ما سبقها من نجاح أو فشل في المراحل السابقة، نجد أن هؤلاء الأطفال يكونون في غاية الضياع والحرمان. إذ على الرغم من أنهم ينمون نمواً جسمياً وعقلياً، إلا أنهم يظلون مفتقرين بدرجة ملحوظة إلى المهارات الاجتماعية اللازمة من أجل التعامل مع تحديات الحياة اليومية العادية. فهم يتسمون بشخصية طفلية في تكوينها، كما أنهم أميل إلى التعامل مع العالم بأساليب غير ناضجة؛ وهم إذا ما تعرضوا للضغوط أو العناء كان لديهم الميل إلى أن ينزلقوا في أنماط من الاستجابات التي تعكس المستويات السابقة من النمو. وهذا الميل إلى الاستجابة على هذا النحو هو بمثابة الأساس الذي يرتكز عليه السلوك الفصامي.

ومفهوم النكوص، أي تكرار ظهور الاستجابات التي لا تتناسب ومرحلة النضج، وثيق الصلة بمفهوم التثبيت، على أساس أن الفرد إنما ينكص إلى مرحلة أسبق من مراحل التثبيت. ومع ذلك فليس كل سلوك النكوص ذهانياً أو مرضياً. مثال ذلك أن الطفل الذي يخبر الإحباط الشديد أثناء تدريبه على ضبط عادات الإخراج قد يعود إلى كلام الأطفال أو إلى امتصاص إبهامه؛ كما أن الراشد الذي يتملكه الغضب والإحباط قد تصدر عنه انفجارات الغيظ في بعض الأحيان. لكننا نجد أن السلوك من هذا النوع غير متكرر عند الأسوياء، على حين أنه شائع عند الفصاميين. أضف إلى ذلك أن النكوص عند الفصامي يكون أشد عمقاً ـ بمعنى أن سلوكه يعود إلى أسبق مراحل النمو، بحيث يصبح من اللازم عندئذٍ أن نطعم المريض، وأن نقوده إلى الحمام، وأن نوجهه إلى أيسر الأعمال.

إن الظروف التي يحدث فيها النكوص عند الكبار تنتج عادة من التعرض للضغط أوالعناء الشديد ولمدة طويلة. ومثل هذا الضغط إما أن ينتج عن مصادر داخلية من قبيل نوازع الهو المسيطرة أو من التهديدات الخارجية الصادرة عن البيئة. وسواء أكان المريض يخبر دافعاً قوياً لايذاء واحد من الناس، أو نازعاً من نوازع الجنسية المثلية، أو تعرض لفقد عمله أو للفشل في المدرسة، فإنه يجد نفسه متعرضاً لضغط يزيد عن طاقته. والخبرات من هذا النوع، وإن كانت تؤدي في أكثر الأحيان إلى ضيق شديد عندالأسوياء، من شأنها أن تدفع بمن يكون عنده استعداد للفصام إلى نقطة يجد نفسه عندها عاجزاً عن القيام بوظائفه على نحو مناسب. وهذه هي الظروف التي نجد من المحتمل ظهـور السلوك الفصامي عندها.

ونظرية النكوص يمكن أن يفاد منها في تفسير طائفة متنوعة من السلوك الفصامي الذي يتصل كثير منه بالسلوك الجنسي والعدواني. ذلك أن السلوك الناضج في هذه المجالات يعني بصفة عامة القدرة على الاعتدال، وكذلك قدرة الفرد على أن يرجىء استجاباته إذا لزم الأمر. ولكن الفصامي يفتقر إلى الضوابط الداخلية التي تمكنه من القيام بذلك بسبب أنه قد تعرض أثناء النمو لما يحول بينه وبين أن ينمو نمواً سليمًا. بل إن ما لديه من الضوابط تكون من الضعف بحيث لا يمكنها أن ترجح على الاندفاعات الوقتية. فهو إن شعر بالغضب، كان من المحتمل أن يوجه ضربته إلى شيء أو شخص بعد شيء قليل جداً من الاستفزاز؛ كما أنه قد يعمد إذا استثير جنسياً إلى الاستمناء علانية. ومثل هذا السلوك ليس ذهانياً في حد ذاته، ولكن وجوده في فرد كامل النضج من الناحية البيولوجية هو ما يجعل منه سلوكاً ذهانياً، بمعنى أن هذا السلوك عينه حين يصدر من الطفل لا يؤدي إلى الانزعاج بدرجة زائدة.

على أن النكوص السلوكي الذي سبق وصفه يوازيه ويتمشى معه نكوص في عملية التفكير عند المريض كذلك. ولو أننا تذكرنا ما يحدث في النضج السوي من الانتقال من سيطرة الهو على الوظائف العقلية إلى سيطرة الأنا عليها، لما أصابتنا الدهشة حين نجد العمليات العقلية عند الفصامي وقد أصبح الهـو يوجهها بصفة أساسية. ومعنى هذا بصفة رئيسية أن ما يتصف به التفكير الطفلي من طبيعة غير معقولة ومن ارتكازه على إشباع الرغبات قد جعل يسيطر على

عمليات التفكير عند الراشد. أي أن ما يتوهمه الطفل ويتخيله في نفسه من أنه على كل شيء قدير، تلك الأوهام التي تتعلق بالقوى الآلهية والقدرات السحرية والتي كان قد تم الاستغناء عنها من أجل الأداء الواقعي، نقول إن تلك الأوهام قد عادت إلى سيطرتها وسيادتها، بحيث لا يصبح على الفصامي، إن أراد أن يكون موهوباً وذا شهرة عالمية، إلا أن يتمنى ذلك، وبحيث إنه إذا أراد الطيران كان عليه أن يتخذ له عالماً من الأخيلة والأوهام يكون للناس فيه أجنحة. وبذلك لا نجد شيئاً يخرج عن نطاق قدرته.

وكما أن التلميذ الذي أصابه البرم والضيق ينفق وقته في أحلام اليقظة التي يتخيل فيها أماكن بهيجة ومغامرات مثيرة، كذلك نجد الفصامي يرتد إلى عالم من صنع خياله وأوهامه. لكنه يختلف عن الطفل الذي يتعلم من خلال نموه السوي أن يميز بين الحقيقة والأوهام في أنه يعجز عن هذا التمييز. كما أن التمييز بين الأوهام والحقيقة يصبح ضعيفاً، وأن الفصامي كلما أوغل في الهرب إلى العالم الخاص الذي اتخذه لنفسه أصبح من الصعب عليه أن يعيش ويحيا في عالم الواقع.

وعلى الجملة نقول إن نظرية النكوص في الفصام يمكنها أن تفسر قدراً كبيراً من الأعراض الذهانية. وأن سلوك الفصامي نزيل المستشفى الذي يأكل أصابعه ويتبرز في ملابسه يفسر بأنه عودة بدائية إلى أولى مراحل النمو. كما أن الهلاوس السمعية والبصرية والميل إلى الانعزال الاجتماعي تعد نتائج مباشرة لانغماسة في الأوهام. وخلاصة الأمر أن الفصامي قدأصبح أقل استجابة للمثيرات الخارجية وأكثر انتباهاً إلى ما ينشأ في داخله من رغبات ونوازع. ولو أن المرء تقبل وجهة نظر التحليل النفسي لوجد أن فرض النكوص يزوده بوسيلة قوية لتفسير طائفة واسعة من السلوك الفصامي.

فرض الرابطة المزدوجة The double — bind hypothesis:

التفاعل بين الناس أمر معقد في أغلب الأحيان، وأمر من الصعب فهمه. ولكن هناك وسيلة لفهم العلاقات الاجتماعية من خلال تحليل عمليات التواصل بين الناس. ونظرية الرابطة المزدوجة هي محاولة لوصف السلوك المنحرف في إطار أنماط التواصل المنحرف الذي يضرب بجذوره إلى الطفولة.

وفرض الرابطة المزدوجة يختلف عن نظرية النكوص (التي ترى في أنماط الكلام الغريبة عند الفصامي تعبيراً عن نوع بدائي من الأخيلة والأوهام) في أنه يرى في استخدام الفصامي للغة وسيلة يحاول الفصامي بها تكوين علاقاته وتكييفها. بمعنى أن عبارات الفصامي المختلطة المضطربة لا ينظر إليها على أنها عبارات طفلية أو عشوائية وإنما على أنها عبارات مقصودة مغرضة إلى حد نسبي؛ عبارات تساعد الفصامي بما تتميز به من غموض على أن يظل على عدم التزامه لغيره من الأشخاص وعلى أن يتجنب الخطير من الانغماس مع الآخرين. أي أن ظهور أنماط التواصل المنحرفة أمر مرادف لظهور السيكوباثولوجيا.

والتفكير المعاصر في طبيعة التواصل الفكري يرى أن كل عملية من عمليات التواصل بين البشر تتضمن عدداً من الرسائل الهامة. وأن هذا الأمر صحيح حتى عند التواصل الذي لا يقوم على التفاعل اللفظي؛ فإن التزام الصمت وتقطيب الحاجبين ونظرة البرم والضيق تنقل من المعلومات ما تنقله الألفاظ وبنفس الدرجة من الكفاءة. ولذلك وجدنا لفظة «التواصل الفكري» تتضمن عدة أساليب مختلفة من إرسال المعلومات أواستقبالها.

ومن بين الأنواع المختلفة من الرسائل التي يتناقلها الناس رسائل تتحدث عن رسائل أخرى. وهذا النوع من الرسائل يشار إليه بالرسائل البعدية meta-communications (meta — beyond) ويتضمن تنغيم الصوت vocal intonations، وحركات الجسم، والابتسام، والعبوس. من ذلك أن عبارة «هي لطيفة!» تختلف في معناها عن عبارة «هي لطيفة؟». كما أن الابتسامة التي تصحب تعليقاً سلبياً تبين لنا أن ما يقال لا ينبغي أن يُحمل محمل الجد. والرسائل البعدية، بغض النظر عن الصورة التي تكون عليها، إما أن تؤكد أو تنفي أو أن تخصص وتوجه qualify ما يطلقه المرء من عبارات[١].

على أننا نجد في أكثر التفاعلات الاجتماعية أن التناسق والاتفاق قائم بين الرسائل communications والرسائل البعدية، بمعنى أن ابتسامات الود تصحب الكلمات الودية، وأن نظرات الاستنكار تصب عبارات التأنيب والتوبيخ. ولكن

---

(١) على الرغم من أن الرسائل البعدية غير لفظية في أكثر الأحيان، إلا أنها قد تكون لفظية كذلك؛ ولعل من أكثر الأمثلة شيوعاً على ذلك أن استخدامك للعبارة «إنما كنت أمزح» يقصد به إلى نفي العبارة السابقة عليها.

هناك مع ذلك حالات أخرى كثيرة لا يتحقق فيها هذا التناسق أو الاتفاق. عندئذٍ يصبح من اللازم أن نعرف كيف نميز بين الأنواع المختلفة من الرسائل. فالشخص الذي يصعب عليه أن يحدد ما إذا كان غيره من الناس يعنون ما يقولون أو أنهم يمزحون يجد صعوبة في العلاقات الاجتماعية. والفصامي هو شخص من هذا النوع.

والموقف الذي يواجهه الشخص في طفولته والذي يكون مسؤولاً عن المشاكل التي من هذا النوع هو موقف يقوم على التفاعل المعقد، موقف يتضمن شخصاً يسخر شخصاً آخر يعد بمثابة الضحية، بحيث إن الضحية تتلقى رسائل بأن تسلك على نحو معين، ولكنها رسائل تتضمن في الوقت عينه بعض المعلومات التي تتناقض مع ذلك تناقضاً أساسياً. ولذلك نجد أن الضحية يكون محكوماً عليها بالفشل مهما كان قرارها أو اختيارها. ولعل حيرة الضحية، أو الرابطة المزدوجة، تتضح أكثر ما تتضح في قصة الأم التي تسأل ولدها إن كان يريد منها أن تطهي له «أضلاع الضأن» أو «بفتيك حلة» من أجل العشاء، فإن أجاب «أضلاع الضأن» سألته في أسى وألم «ألست تحب بفتيك الحلة الذي أطهيه»؟

وأنصار فرض الرابطة المزدوجة يعقدون مشابهة بين ما يتعرض له ضحية الرابطة المزدوجة والحيرة التي يواجهها تلميذ البوذية.

> «فاستاذ البوذية يحاول أن يزود تلميذه بالتنوير بعدة وسائل مختلفة. من ذلك أنه يرفع عصا فوق رأس تلميذه ويقول في شراسة «إن قلت إن هذه العصا عصا حقيقية، ضربتك بها. وإن قلت أنها عصا غير حقيقية، ضربتك بها. وإن أنت التزمت الصمت فلم تقل شيئاً، ضربتك بها». ونحن نرى أن الفصامي يجد نفسه على الدوام في نفس الموقف الذي يتعرض له هذا التلميذ، ولكنه لا يجني من ذلك إلا الخلط والاضطراب وفقدان الاتجاه بدلاً من التنوير» (Bateson, et al. 1956, p. 154)

وهذه النظرية ترى أن التعرض لمثل هذه المشكلة يمكن أن يؤدي إلى نتائج وخيمة خصوصاً إن كانت الضحية لاتزال في مرحلة الطفولة، وإن أخذت العملية تتكرر المرة تلو المرة.

على أن العناصر الأساسية التي يتألف منها موقف الرابطة المزدوجة في أكثر الأحيان هي الطفل الصغير وأحد أعضاء الأسرة من الراشدين، الذي هو الأم في العادة، ممن يعتمد عليهم الطفل اعتماداً جسمياً وعاطفياً. كما أن الأم، على

الرغم من أنها تود أن تكون محبة متفانية، تكون شديدة الخوف من الصلات الوثيقة؛ إذ أن انغماسها في علاقة وثيقة يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق عندها بل وإلى أن تصاب بالذعر والهلع. أي أن مثل هذه الأم يكون لديها تناقض وجداني نحو مبلغ كفاءتها في القيام بدور الأمومة.

والتناقض الوجداني لدى الأم يتمثل في الرسائل المتناقضة التي توجهها الأم إلى الطفل. فهي من ناحية تبعث برسائل صريحة من المحبة والود (من قبيل «ماما تحبك») رسائل تنتقل أساساً من خلال القنوات اللفظية. لكن هذه الرسائل مع ذلك تصاحبها رسائل بعدية تحمل معنى مضاداً. بحيث أن الطفل إذا اقترب إلى درجة أكثر مما ينبغي، إذا بالأم تسلك في برود وتتحدث في حدة وتنزع إلى الانسحاب. ولذلك يصبح لزاماً على الطفل أن يقوم بالتمييز الدقيق إن كان له أن يستجيب استجابة مناسبة.

والآن نتتبع النتائج التي تترتب على سلوك الطفل إن كانت عملية التمييز عنده دقيقة أولاً، ثم حين تكون عملية التمييز عنده غير دقيقة. على الطفل الذي يميز تمييزاً دقيقاً بين النوعين من الرسائل التي تبعث بها الأم أن يواجه الحقيقة القائمة التي تتلخص في (١) أنها لا تحبه وفي (٢) أنها تحاول خداعه. ولو أننا افترضنا أن الأمر كان كذلك (أي أنها لا تحبه)، لترتب على هذا في أكثر الأحيان أن يتوقف عن إظهار محبته ولانتهى به الأمر إلى الانسحاب. ومن شأن هذا أن يهدد إدراك الأم لنفسها بوصفها أماً تشعر بالحب وأن يجعلها تعاقبه. ثم إن العقاب قد يغرس الإحساس بالذنب («ألم تعد تحبني؟»)، أو قد ينتقص من قيمة الطفل («أنت لست أهلاً لما أحيطك به من الاهتمام»). كما أن العقاب قد لا يكون بدنياً بالضرورة، بل إنه ليس كذلك في العادة. وهو ـ على اختلاف الصور التي يتخذها ينتج بصفة مباشرة من قدرة الطفل على التمييز الدقيق المضبوط بين الرسائل المتعارضة التي تبعث بها الأم.

وأما الطفل الذي يخطىء في التمييز بين الرسائل التي تبعث بها الأم فإنه يغمض عينيه، إن جاز هذا التعبير، عن الرسائل البعدية التي تبعث بها. أي أنه يتقبل حبها المزيف ويتوجه نحوها بالتعبير عن مودته وحبه. ولكنه كلما تناقصت المسافة بينهما، ازداد مستوى القلق عند الأم وعمدت إلى ازاحة الطفل جانباً. فإذا استمر الطفل على حاله، عمدت هي إلى الانسحاب. ونتيجة لذلك نجد

الطفل يعاقب بأن يحال بينه وبين الارتباط الوثيق عن قرب بالشخص الوحيد الذي لا بد له من الاعتماد عليه. إن العقاب في هذه الحالة يترتب على عدم القيام بالتمييز الدقيق بين الرسائل والرسائل البعدية. وهكذا نرى الرابطة المزدوجة التي يبتلي بها الطفل - «إن وقعت العملة على الأرض وكان الوجه الذي يحمل الصورة إلى أعلى فزت أنا، وإن وقعت العملة وكان الوجه الذي يحمل الكتابة إلى أعلى خسرت أنت»، فالطفل يعاقب إن هو أخطأ في التمييز وكذلك إن هو أفلح فيه.

فهل هناك من مخرج من هذه البلية التي «لا سبيل إلى الفوز» فيها؟ من بين ما يستطيع الطفل القيام به أن يلفت النظر إلى موضعه الحرج، فيشكو لأمه من رسائلها المتضاربة. ولكن هذا الأمر عسير لا يملك الطفل الصغير أن يقوم به. ثم إن الأم، حتى إن تمكن الطفل من القيام بهذا في شيء من الرقة، قد ترى في هذا اتهاماً لها بأنها لا تحمل له الحب فتزيد من عقابه عندئذٍ، أو قد تصر، على الأقل، بأن إدراكه مشوه غير صحيح. أو قد يعمد الطفل، بدلاً من ذلك، إلا الالتجاء إلى الأب، وهو يأمل في الحصول على مساعدته في تجنب تسخير الأم له تسخيراً دقيقاً خفياً. ولكن أصحاب نظرية الرابطة المزدوجة يذهبون إلى أن آباء الفصاميين يميلون إلى أن يكونوا شخصيات هزيلة عاجزة عن أن تزود المريض بمعونة لها قيمتها.

ونتيجة لهذه الرابطة المزدوجة، ينشأ الطفل وقد تعلم أن من الأحسن أن تبقى علاقاته بالآخرين غامضة. وهو يحقق هذا بأن يكثر من إنكار أنه يبعث بالرسائل الشخصية أو يستقبلها. وينكر الفصامي أنه يبعث بالرسائل عن طريق إصراره في الادعاء بأن شخصاً آخر يتحدث، لا هو. وهكذا نجد من المرضى من يزعم أنه من كبار المرسلين من قبيل موسى أو يسوع المسيح. وهو ينكر أنه يتلقى الرسائل بأن يدعي أن هناك آلة تتدخل فيما يقوله الآخرون أو أن في مخه جهازاً يعمل كمرشح يستبعد ما كان غير ملائم من التعليقات. ولأن إصدار الرسائل واستبقالها عنصر أساسي في كل أنواع التفاعل بين البشر، ترتب على ذلك الاغتراب عن الآخرين وازدياد الانسحاب الاجتماعي.

وعلى الجملة نقول إن نظرية الرابطة المزدوجة تحاول تفسير كثير من الأعراض الأساسية في الفصام عن طريق استخدام نظرية التواصل الفكري،

وأنّ أنواع السلوك الفصامي بحسب هذه النظرية هي أنواع منحرفة من الرسائل أوالتواصل التي تعين المريض على أن يتجنب رفض الناس له، ذلك الرفض الذي تعلم من خلال حياته أن يتوقعه من الآخرين. وأن جذور هذه الأنماط من سلوك التجنب تمتد إلى أنواع التفاعل المدمرة الخفية التي تكون بين الطفل وأمه والتي تتكرر خلال السنوات الأولى من حياة المريض. وأن أنماط السلوك هذه التي يشار إليها بالرابطة المزدوجة تهيِّىء المريض وتعده لكي يسلك على نحو ذهاني في مرحلة الرشد.

وهذه المناحي في دراسة الفصام التي فرغنا من وصفها إنما تمثل محاولات ثلاث مختلفة للتصدي لقضية نشأة الفصام. أما النظرية التي تفرق بين فصام العملية والفصام الاستجابي والتي تميز بين المرضى على أساس من مستهل الاضطراب وخاتمته فإنها نظرية وصفية في أساسها. إلا أنها مع ذلك تؤدي إلى فروض محكمة قابلة للقياس الكمي، فروض تتصل بطبيعة الحياة الأسرية المبكرة عند الفصامي. وهذه الفروض كما رأينا، أدت إلى بعض النتائج الطريفة التي تتعلق بالصلة بين الوالدين أحدهما بالآخر في أسر الفصاميين. وأما فرضا الرابطة المزدوجة والنكوص فهما، إن قورنا بالنظرية السابقة، صياغتان نظريتان كبيرتان أقرب إلى التفسير والشرح في طبيعتهما. والنظريتان على اختلاف مساراتهما تحاولان أن تفسرا طائفة واسعة متنوعة من السلوك المرضي عن طريق الوصف النظري لما يترتب على فساد عملية النمو من نتائج. ولكنهما تشبهان نظام فصام العملية والفصام الاستجابي من حيث أن الأبحاث التي يوحيان بها تمثل محاولات لفهم هذا الموضوع المعقد الخاص بالأصول أو الأسباب.

عمليات الأعراض في الفصام:

عرضنا في الفقرات السابقة عدة نظريات تتصل بأسباب الفصام. لكن هذا الاضطراب يمكن أن ننظر إليه كذلك من زاوية أخرى مختلفة. ذلك أننا نستطيع أن ننظر في الشخص الفصامى لنبحث في العمليات التي يرتكز عليها سلوكه الغريب بدلاً من أن ننظر في المصادر التي نشأ عنها ذلك السلوك الغريب ذاته. وأكثر النظريات التي من هذا النوع إنما تركز بصرها على ما يجري حالياً من تشوه في إدراك المريض وفي الجانب المعرفي عنده. ولذلك فإننا سوف نفحص في الفقرات التالية ثلاثة أنواع من البحث في عمليات التفكير عند الفصامي.

مفاهيم التفكير المفرط في التضمين، وفرض التعطيل، وأخيراً الانغلاق المعرفي.

التفكير المفرط في التضمين Overinclusive thinking:

لقد ظل ما لدى الفصامي من ميل نحو الحديث المفكك والتفكير التصوري الغريب يعد واحداً من أهم ملامح هذا الاضطراب من زمن بلويلر Bleuler إلى الآن. ولذلك وجدنا كثيراً من الأبحاث النفسية في الفصام تدور حول ما يتصف به استخدام المريض للغة وقدرته على تكوين التصورات والمفاهيم من شذوذ وعدم انتظام. ومن الأبحاث التي تتصل مباشرة بالعمليات التي تكمن وراء هذا الشذوذ قسم يندرج تحت العنوان الكبير: التفكير المفرط في التضمين.

ويقصد بالإفراط في التضمين أن بعض الاستجابات التي تبدو في ظاهرها غير ملائمة تميل إلى أن تتدخل في التفكير السوي وفي أنماط الحديث. إن هذا المصطلح يستخدم لوصف التدخل الدائم من جانب العناصر غير الجوهرية فيما يكون المرء بصدده من عمل، كما أن ذلك في الواقع ظاهرة ليست غير شائعة. ذلك أن أكثرنا قد حاول مرة أن ينهي عملاً بينما هو معرض لعدد من الأفكار المزعجة والمفسدة. مثال ذلك أن الطالب قد يناضل لاتمام واجب مدرسي في مساء يوم الخميس ليجد نفسه نهباً لأفكار تتصل بعطلة نهاية الأسبوع القادمة، تلك الأفكار التي تعطل من قدرته على التركيز. لكن الإفراط في التضمين يكون عابراً طياراً في معظم الحالات التي من هذا النوع، أعني أنه لا يؤدي إلى التعطيل الدائم. أما في الفصام فإن الإفراط في التضمين يكون - على ما يزعمون - شديد الانتشار بحيث يعمل دائماً على تعطيل قدرة المريض على العمل.

وقد صممت عدة دراسات من أجل التمحيص التجريبي (الإمبيريقي) للفرض القائل بأن الفصاميين يعمدون حقاً إلى الإفراط في التضمين بدرجة أكبر من الأسوياء. في دراسة من هذا النوع قام إيبستاين Epstein (1953) بمقارنة أداء الأسوياء بأداء الفصاميين في اختبار للإفراط في التضمين، اختبار وضعه هو بنفسه لقياس الميل إلى الإفراط في التضمين. كان الاختبار يتألف من خمسين بنداً يحتوي كل بند منها على كلمة مثيرة مفتاحية ثم عدة استجابات تلزم لوصفها.

وكانت الاستجابات الصحيحة تتضمن عدداً من الاستجابات غير الصحيحة أو غير ذات الصلة. وفيما يلي بند من الاختبار على سبيل العينة وقد جعلت كلمة (إنسان) بمثابة المثير.

(الإنسان): أذرع حذاء قبعة أصابع رأس لا شيء.

وكان المطلوب القيام به وضع خط تحت الاستجابات التي تصف أجزاء ضرورية من هذه الكلمة المفتاحية. ولو أن المفحوص رأى أنه لا شيء من هذه الكلمات مناسب، كان عليه بمنتهى البساطة أن يضع الخط تحت كلمة «لا شيء».

والاستجابات الصحيحة في العينة التي أوردناها هي بالطبع: أذرع، أصابع، رأس. وأما الاستجابات الأخرى كلها فإنها غير مناسبة، بحيث إن المفحوص لو قام بوضع خط تحتها لكان في هذا نوع من الإفراط في التضمين، وتتألف درجة الشخص في الإفراط في التضمين من العدد الإجمالي للاستجابات غير الصحيحة. وفيما يلي أمثلة أخرى من بنود الاختبار:

(المنزل) : جدران ستائر تليفون أحجار سقف لا شيء

(القطة) : لحية شوارب حليب قطيطة فأر لا شيء

وقد أجري الاختبار على عدد معين من المفحوصين الفصاميين والأسوياء، وحسب لكل مجموعة منهم متوسط عُدد الاستجابات غير الصحيحة، فخرجت النتائج بارزة متميزة. كان متوسط أخطاء الأسوياء في الاختبار ١٢,٥، وأخطاء الفصاميين ٢٠,٩. وكان للفرق بين المجموعتين دلالة إحصائية عالية، تدعم الفرض القائل بأن الفصاميين يعمدون إلى الإفراط في التضمين بدرجة أكبر من الأسوياء.

ومع ذلك يبقى علينا أن نتبين الخصائص الدقيقة لاستجابات الإفراط في التضمين. وقد رأى إيبستاين في مقاله أن أمثال هذه الأخطاء لا ترتكب على أساس عشوائي بسيط. فقد لاحظ بعد تحليله لاستجابات عينته أن الفصاميين إما أن يرتكبوا أخطاء عيانية Concrete مثالها أن يتخيروا كلمة خشب بوصفها ضرورية للصندوق، وإما أن «يختاروا من كلمات الاستجابات ما لا يتصل إلا اتصالاً سطحياً بالكلمة المفتاحية أو ما لا يتصل بها إلا اتصالاً هو من قبيل التداعي الظاهري. . . .» (1953, p. 386). وهكذا يبدو أن هناك نوعاً من النظام فيما يكون عند المرضى بالفصام من نمط الاستجابة الذي يبدو فوضوياً في ظاهره.

ثم تابع تشابمان وتايلور (Chapman and Taylor, 1957) هذه الملاحظة

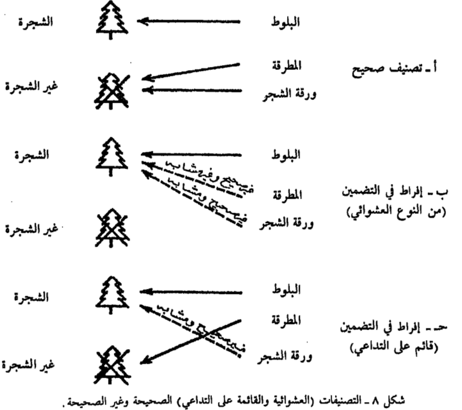
فجعلا يصممان اختباراً يكون من شأنه أن يقدر ما لدى الفرد من ميل إلى أن يرتكب أخطاء قائمة على التداعي في مقابل الأخطاء غير القائمة على التداعي. وهداهما بحثهما إلى نوع معياري من اختبار التصنيف الذي يستخدم في تجارب تكوين المفاهيم. وفي التجارب التي تكون من هذاالنوع يطلب إلى المفحوص أن يميز بين الماصدقات الصحيحة وغير الصحيحة للمفهوم عن طريق تصنيف المثيرات إلى طوائف مناسبة. مثال ذلك أننا لو أعطيناه ثلاث بطاقات تحمل الكلمات «بلوط»، «سمك»، و«مطرقة»، وطلبنا إليه أن يصنفها إلى طائفتين، طائفة الأشجار وطائفة غير الأشجار ـ لكان عليه بالطبع أن يضع «البلوط» في طائفة الأشجار والبطاقتين الأخريين في طائفة غير الأشجار. أما إن أخطأ في تصنيف بطاقة «السمك» أو بطاقة «المطرقة» (أو في تصنيفهما «كليهما») لكان هذا نوعاً من الإفراط في التضمين. وعلينا أن نلاحظ أنه لو كان هناك ميل إلى الإفراط في التضمين، لما كان هناك سبب يحملنا على أن نتوقع أن تحدث استجابة غير صحيحة بدرجة أكبر من الاستجابة غير الصحيحة الأخرى.

وقد قام تشابمان وتايلور بتعديل هذا الاختبار حتى يلائم أغراضهما بأن أحدثا نوعاً هاماً من التغيير يتلخص في أن تجعل إحدى الاستجابتين غير الصحيحتين أقرب شبهاً من حيث التداعي مع المفهوم من الاستجابة الأخرى. أعني أننا في المثال السابق، لو جعلنا المثيرات الثلاثة بحيث تتألف من «بلوط»، «مطرقة»، «ورقة شجر»، لكانت ورقة الشجر مثالاً على استجابة غير صحيحة ولكنها مشابهة بسبب أنها نوع من التداعي الشائع للشجرة. ولكنها مع ذلك تكون استجابة غير صحيحة على أساس أنها ليست من بين ما صدقات الشجرة. وأما «المطرقة» فإنها، من الناحية الأخرى، مثال على الاستجابة غير الصحيحة وغير المشابهة. ولو أن الإفراط في التضمين عند المفحوص كان قائمًا على أساس من أخطاء التداعي لترتب على ذلك أن نجده يخطىء في تصنيف البنود غير الصحيحة المشابهة أكثر مما يخطىء في تصنيف البنود غير الصحيحة وغير المشابهة. والشكل رقم (٨) يوضح التصنيف الصحيح كما يوضح نوعين من التصنيف غير الصحيح أو الإفراط في التضمين.

وفيمايلي بعض الأمثلة على بنود الاختبار الذي صممه تشابمان وتايلور:

البيرة الحليب العنكبوت (المفهوم: المشروبات الكحولية)

النمر البقرة القارب (المفهوم: الحيوانات المتوحشة)



شكل ٨ ـ التصنيفات (العشوائية والقائمة على التداعي) الصحيحة وغير الصحيحة.

أما في الحالة الأولى فإن كلاً من «الحليب» و«العنكبوت» استجابة غير صحيحة، ولكن كلمة «الحليب» مع ذلك تحمل قدراً أكبر من التشابه والتداعي بالمفهوم على أساس أنه نوع من المشروب. وأما في المثال الثاني فإن «البقرة» تكون استجابة غير صحيحة ولكنها مشابهة؛ على أساس أن المفهوم هو «الحيوانات المتوحشة»، لا مجرد الحيوانات.

ثم صنعت عدة بنود إضافية على نسق البنود السابقة وهديها، بحيث يشتمل كل بند على استجابة صحيحة، واستجابة غير صحيحة وغير مشابهة، واستجابة ثالثة غير صحيحة ولكنها مشابهة. وأُجري الاختبار على مجموعة من الأسوياء ومجموعتين من الفصاميين، إحداهما من المضطربين بدرجة متوسطة، وثانيتهما من المضطربين بدرجة شديدة. والجدول رقم (٣) يتضمن نتائج المجموعات الثلاث. وتمثل الدرجات الماثلة في الجدول متوسط عدد التصنيفات

جدول رقم ٣

متوسط عدد الأخطاء في اختبار التصنيف

المجموعة	الإفراط في التضمين	
	المشابه	غير المشابه
الأسوياء	٠,٥٤	٠,٣٣
الفصاميون بدرجة متوسطة	٧,٣٣	٠,٢٩
الفصامة بدرجة شديدة	٨,٢٠	١,٣٣

مأخود بتصرف من تشابمان وتايلور (1957, p. 121).

غير الصحيحة لكل مجموعة.

ومن الجدول يتضح أنه على حين أن الأسوياء لا يرتكبون إلا أقل القليل من أخطاء الإفراط في التضمين من أي نوع، نجد أن الفصاميين، بغض النظر عما إذا كانوا مضطربين بدرجة متوسطة أو بدرجة شديدة، يرتكبون قدراً أكبر جداً من الإفراط في تضمين المشابهات؛ أعني أنهم يرتكبون ذلك النوع من الأخطاء الذي يتمثل في الشكل ٨ القسم حـ. وبذلك يستطيع المرء أن يستنتج على أساس هذه الدراسة أن الإفراط في التضمين عند الفصاميين ليس عملية عشوائية، وإنما هو أمر يقوم على التداعي السطحي أو المتداعيات التي لا يتصل بعضها ببعض إلا أوهـي الاتصال.

وعلى الجملة نقول إن فكرة الإفراط في التضمين بمثابة فكرة واحدة من جملة الأفكار أو الابتداعات النظرية التي تستخدم لتفسير بعض السلوك الشاذ الذي نشهده في الفصام. وأكثر الأبحاث في هذا الموضوع التي لم نستعرض إلا جزءاً منها فقط، تبين أن الفصاميين يعمدون إلى الإفراط في التضمين بدرجة أكبر مما يفعل الأسوياء. كما أن طبيعة أخطاء الإفراط في التضمين تمليها اعتبارات التداعي، لا اعتبارات العشوائية. على أن هناك أبحاثاً أخرى تدرس عمليات التداعي عند الفصاميين تندرج تحت عنوان يعرف بفرض التدخل أو التعطيل.

فرض التعطيل The interference hypothesis:

أنواع التداعي المفككة التي تميز تفكير الفصامي تمثل، في نظر الكثيرين من أصحاب علم النفس الإكلينيكي والباحثين، جانب القصور الرئيسي في الاضطراب الفصامي. وفرض التعطيل بمثابة محاولة لتفسير الأغراض المختلفة في الفصام عن طريق تحليل الوسيلة التي يعمد بها التداعي المفكك إلى إفساد أو تعطيل العمليات الفكرية عند المريض. وفي إطار هذه النظرية نجد الأهمية العظمى تنسب لمفاهيم «مدرج التداعي» و«الاستثارة».

أما «مدرج التداعي»، associative hierarchy فهو أن الكلمة المثيرة تميل إلى استصدار عدد من الاستجابات المختلفة بعضها أكثر احتمالاً من البعض الآخر. بمعنى أن الاستجابة السائدة لكلمة «ولد» boy هي «بنت» بدلاً من «صغير» أو «رجل». ومدرج التداعي لكلمة «ولد» قد يحتوي، وبترتيب تنازلي من حيث قوة التداعي، استجابات من قبيل بنت، رجل، شخص، صغير، ابن، وهكذا. بل إننا قد نجد عند قاع الكلمة «لُعبة toy»، التي هي استجابة نادرة يقوم التداعي بينها وبين كلمة ولد على أساس من التشابه في الصوت أكثر منه على أي شيء آخر. أي أن مدرج التداعي هو في أساسه نمط من الاستجابات السائدة (القوية) والمساعدة (الضعيفة) التي يختلف كل منها في قوته بحسب التعلم السابق.

ولما كانت معظم المثيرات قادرة على أن تستصدر عدة استجابات مختلفة، وجدنا أن الاستجابات المتنوعة قد تتنافس فيما بينها تنافساً قد يؤدي إلى أن يعطل بعضها بعضاً. ولعل هذا يكون أقرب إلى الوقوع حين تكون المتداعيات على درجات متفاوتة من القوة. ففي المثال السابق نجد أن المتداعيات «بنت» و«رجل» تميل إلى التنافس الشديد بسبب أن كل واحدة من هذه الأفكار المتداعية تكون متداعية قوية بالنسبة للمثير ولد. أما «بنت» و«لعبة» فهي على العكس من ذلك أبعد ما يكون عن التنافس بسبب أنها متداعيات متفاوتة القوة إلى حد ملحوظ. وكلما ازداد الفرق في القوة بين الاستجابة السائدة والاستجابة المتنافسة، قل احتمال أن تعطل إحداهما الأخرى. وفي الفصام يفترض أن العلاقات السوية التي تكون بين عناصر المدرج الذي من هذا النوع تنفصم وتتكسر الأمر الذي يؤدي إلى أن تقوم الاستجابات الضعيفة بتعطيل الاستجابات السائدة بصورة متكررة. وهذا بدوره يؤدي إلى فساد الحديث وغيره من الوظائف المعرفية.

وقبل أن نمضي في تبين الظروف الدقيقة التي يحدث فيها مثل هذا الانفصام .في العلاقات بين عناصر المدرج، لا بد لنا من أن نتدبر مصطلح الاستثارة arousal. الاستثارة تعني حالة مائعة من النشاط الذهني والجسمي التي يمكن قياسها من خلال التغيرات في معدل التنفس، ودقات القلب، واستجابة الجلد الجلفانية. والاستثارة العالية ترتبط عادة بحالات الرعب والغضب، كما أنها تعني القلق في كثير من الحالات المرضية النفسية.

ومن شأن الاستثارة في الظروف السوية أنها تيسر الأداء في مواقف التعلم بسبب أنها تزيد من قوة الاستجابات السائدة. فكلما ازدادت الاستثارة، ازداد أداء العمل حسناً كذلك. ولكننا نجد بعد أن نتجاوز نقطة معينة (هي سقف الاستثارة) أن ازدياد الاستثارة لا تؤدي إلا إلى التفكك disorganization. مثال ذلك أن الأبحاث أظهرت أن الطلاب الذين يكونون على درجة متوسطة من القلق أو «التحفز» للامتحان يكون أداؤهم أفضل من أداء الطلاب الذين يكونون غير مستثارين إذا ما قورنوا بالأولين. بينما الطلاب الذين يكونون على درجة عالية من القلق تراهم أقرب إلى سوء الأداء من رفاقهم ذوي القلق المتوسط.

وكثيراً ما نرى استجابة مشابهة لهذا في حالة السائق المبتدىء. ذلك أنك تجد أن المبتدىء، من قبل أن يتعرض لموقف امتحان القيادة، قد يظهر أداء على غاية الكفاءة حين يجلس من خلف عجلة القيادة، حتى وإن كان على درجة قليلة من التوتر. فإذا كان موقف الامتحان إذا بهذا كله يتغير حين يجد نفسه وقد أخذ توتره يزداد ويزداد. فهو يدير العجلة إلى اليمين حين يطلب إليه أن يديرها إلى اليسار، وهو يضغط بقدمه على البنزين حين يطلب إليه التوقف، ويرتكب غير ذلك من الأخطاء المريعة. أي أن الاستجابات غير الصحيحة التي كانت ذات مركز منخفض على مدرج الاستجابات عنده تتحول، تحت وطأة الاستثارة المتزايدة، إلى استجابات سائدة. ونظرية التعطيل أو التداخل هذه تذهب إلى أن هناك صورة من التفكك شبيهة بهذا تحدث في الفصام.

وقد قام بوصف تلك العملية التي يحدث من خلالها هذا التفكك بروين وستورمز Broen and Storms (1966) وهما اثنان من الباحثين النفسيين من بين أبلغ المعبرين عن نظرية التعطيل. وقد رأى بروين وستورمز أن الفصام ينطوي

على انحلال في مدرج التداعي انحلالاً يؤدي إلى ظهور الاستجابات التي كانت في الأصل ضعيفة. وهما يفترضان أن سقف استثارة الاستجابات عند الفصاميين تكون على درجة شاذة من الانخفاض، ويحاولان بذلك وصف العملية التي تؤدي إلى أن يصبح سلوك الفصامي مفككاً غير منظم ولا يمكن التنبؤ به.

على أن من الميسور أن نوضح بالرسم ذلك التحليل الذي قدمه بروين و ستورمز بأن نتصور طائفة من البالونات المعلقة في خزان مليء بسائل معين (أنظر الشكل رقم ٩). والبالونات تمثل المتداعيات المختلفة في مدرج الاستجابة. أما الاستجابة السائدة فتحمل الرمز س١، على حين أن س٢، س٣ تشير إلى استجابات متنافسة أشد ضعفاً. والفرق الرئيسي بين الحالات السوية والحالات الفصامية يتمثل في اختلاف مستويات سقف الاستثارة.

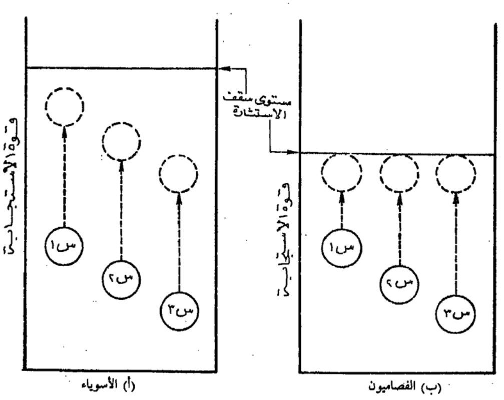
وبمقارنة الشكلين رقم ٩أ، ٩ب يستطيع المرء أن يتبين أن الأنماط السائدة في كلتا الحالتين متشابهة إلى حد كبير. كما أن الوضع النسبي للاستجابة س١ بالنسبة للاستجابتين الأخريين واحد تقريباً في كل من الحالتين. ولكن دعنا الآن نشهد ما يحدث حين يزداد مستوى الاستثارة (الذي يمثله ارتفاع البالونات في السائل). أما في حالة الأسوياء فإن ازدياد الاستثارة يؤدي إلى ازدياد في قوة كل من الاستجابات السائدة والاستجابات المنافسة. ولذلك فإن الفرق النسبي بين س١، س٢، س٣ يظل كما هو في حالة الاستثارة المنخفضة والمرتفعة.

لكن ازدياد الاستثارة هذا يؤدي عند الفصاميين إلى نتائج مختلفة عن ذلك اختلافاً شديداً كما يتضح في الشكل رقم ٩ب. ذلك أنه بسبب انخفاض السقف، نجد أننا لا نكون بحاجة إلا إلى قدر ضئيل من الاستثارة حتى تصل الاستجابة السائدة إلى السقف. وكل ما يترتب على ازدياد الاستثارة من أثر عند الفصاميين هو أن تصل الاستجابات المناسبة إلى نفس المستوى - أي أن الاستجابات السائدة والمنافسة تصبح الآن متساوية في القوة، كما أن نمط السيادة المتدرجة الذي كان قائمًا لا يعود له بعد ذلك وجود.

وبهذا يتضح كيف أن المتداعيات البعيدة للكلمات أو الأسئلة المثيرة تصبح من قرب الاحتمال مكافئة للمتداعيات الشائعة عند الفصاميين، بحيث يصبح من الممكن أن يستجيب المريض بالفصام بالإجابات غير العادية للأسئلة البسيطة من قبيل «من هو رئيس الولايات المتحدة الأمريكية؟». إن المريض عندئذٍ قد

يجيب قائلاً «جورج واشنطن» أو «البيت الأبيض» بنفس درجة الاحتمال التي يقدم بها الإجابة الصحيحة.

وفرض التعطيل، شأنه شأن فرض النكوص، يمكن أن يستخدم في شرح طائفة واسعة من الظواهر. وهو بالطبع أصلح ما يكون لشرح المواقف التي تتضمن عمليات التداعي. وقد رأينا من قبل كيف يمكن أن يستفاد به في شرح الاستخدام الشاذ للغة عند الفصامي. وهو يمكن استخدامه كذلك لتفسير نشأة أنواع الهذاء.



شكل ٩ ـ مدرجات التداعي عند الأسوياء والفصاميين

ذلك أن الفصامي بالقوة potential schizophrenic يواجه في المراحل الأولية من تكوين الهذاء، مشكلة التوفيق بين عدد من الوقائع التي تدعو إلى الاضطراب والضيق. من ذلك أن فقدان الوظيفة والفشل في الدراسة والوقوع في مشكلات خطيرة مع الناس ليست أموراً محيرة فقط وإنما هي أمور تؤدي إلى ازدياد الاستثارة كذلك. ثم إن المحاولات التي تبذل في تسوية هذه المشكلات

وعلاجها قد تؤدي إلى عدد من المتداعيات ذات الصلة وغير ذات الصلة؛ وعندئذٍ يكون من الواجب الفصل بينها ليتسنى الوصول إلى إجابات واقعية. لكن هذه العملية قد تفسد أحياناً، خصوصاً إذا كان سقف الاستثارة عند الفرد منخفضاً.

كان أحد مرضى الفصام يسرد الوقائع التي أدت إلى إيداعه المستشفى، فإذا به يقص واقعة تشير إلى بدء الهذاء عنده. استيقظ المريض ذات صباح يعاني من التأثير المتخلف عن الإفراط في تناول الخمر في الليلة السابقة فاتجه إلى المطبخ حيث كانت زوجته تعد الإفطار. وبينما هو يحتسي عصير البرتقال، خيل إليه أن له مذاقاً غريباً وبدأ يشعر بالغضب. ثم بدأ يبحث عن السبب في أن للعصير ذلك المذاق الكريه وأخذت عدة متداعيات ترد إلى ذهنه:

١ ـ العصير مستمد من طائفة من البرتقال الفاسد.

٢ ـ الأثر المتخلف عن شرب الخمر دمر حلمات التذوق عنده.

٣ ـ زوجته كانت تحاول تسميمه.

ولما تذكر أن زوجته كانت خلال الأيام الأخيرة توجه إليه نظرات غريبة، آثر البديل الثالث واستنتج أنها تحاول التخلص منه. ثم تطور هذا في آخر الأمر إلى هذاء معقد يتضمن منظمة سرية للقتل بالأجر. واقتنع المريض بأن زوجته تستعين عليه بالقتلة، ولذلك فقد استجاب لذلك بالهرب إلى مدينة أخرى والاستخفاء فيها.

ثم إن الوقائع المفردة من هذا القبيل لا تقدم لنا تفسيراً شاملاً لتطور المعتقدات الهذائية. ولعله مما يجدر الإشارة إليه في هذه الحالة بالذات أن المريض كان دائم التشكك عديم الثقة بالآخرين، وأن علاقته الزوجية كانت كأبعد ما تكون عن الإرضاء والإشباع. ثم إن هناك نقداً أشد قوة لفرض التعطيل هذا هو أنه لا يفسر لنا السبب في «انخفاض سقف الاستثارة». ما طبيعة هذا الانخفاض على التحديد؟ وهل هناك من وسيلة مستقلة نقدر بها ما قد يكون لدى الشخص، سواء أكان فصامياً أو غير ذلك، من سقف منخفض؟ وحتى تتحدد لنا بالدقة طبيعة هذا القصور أو النقص سوف يظل فرض التعطيل دون ما ينبغي له من فائدة وقيمة.

الانغلاق المعرفي Cognitive closure: تستمد فكرة الانغلاق المعرفي

بداياتها من التجارب الأولى التي أجريت على الإدراك الحسي والتي تتناول ما نجده عند الناس من ميل إلى أن يصلحوا الأشكال غير المنتظمة أو غير المكتملة. أعني أن المفحوصين حين يعطون شكلاً يمثل دائرة غير تامة أو خطاً قد فقد جزءاً منه، عمدوا إلى إكمال الدائرة أو سد النقص. وفي السنوات الأخيرة الماضية، عممت هذه الملاحظة واتخذت شكل وجهة نظر تتعلق بالوظيفة المعرفية. وبناء على ذلك، فقد ذهب بعضهم إلى أن من الناس من إذا واجهته مواقف غير كاملة أو غامضة، وجدت عنده الميل إلى أن يلتمس الحلول السريعة أو غير الناضجة. وقد تعرض هذا الفرض أخيراً للتمحيص في سلسلة من الدراسات التي تتناول العملية التي تكمن وراء تكوّن الهذاء.

وفي هذا الخط من الأبحاث، نجد الباحثين يخلعون الأهمية الأولى على حقيقة معينة هي أن الحياة كثيراً ما تكون مليئة بالظروف الغامضة، وأن الغموض كثيراً ما يولد القلق. ولو أنك أنعمت النظر في الشؤون اليومية لفرد من الناس لوجدت أن كثيراً من خبراته تمتاز بالغموض والخشية. فالانضمام إلى جماعة جديدة، والإقبال على خطبة فتاة، والاستعداد لامتحان صعب كلها أمثلة على المواقف الغامضة التي ترتبط بدرجات متفاوتة من القلق. ولذلك فإنه من غير المستبعد أن نجد الناس يحاولون أن ينتقصوا من الغموض حين يجدون أنفسهم في مواجهته.

على أن من الأساليب الشائعة للانتقاص من الغموض ما يقوم على التماس قدر أكبر من المعلومات التي تتصل بالموضوع؛ ولعل هذا هو ما يفعله أكثر الناس إن أتيحت لهم الظروف. كذلك قد يعمد الناس إلى أسلوب آخر هو أن يسرع الناس إلى الاستنتاج على أساس ما لديهم من المعلومات الناقصة. وهذا هو ما يلجأ إليه الناس حين يكون عليهم أن يتخذوا قراراً سريعاً ثم لا يكون لديهم من الوقت ما يسمح لهم بجمع بعض المعلومات الإضافية. وفي كلا الحالين نجد أن الأمر ينتهي إلى **الانغلاق** - أو حل ذلك الموقف المفتوح أو الغامض.

ومن الواجب أن ندرك أن الأسلوب الثاني وإن كان يقوم بحل الغموض شأنه شأن الأسلوب الأول، إلا أنه يتضمن قدراً أكبر من المخاطرة. ذلك أن الأخطاء تكون محتملة الوقوع بدرجة أكبر في المواقف التي تتضمن الأحكام المبتسرة غير الناضجة. كما أن الأخطاء، وخصوصاً ما كان يتصل منها بدوافع

الآخرين، قد تكون أساساً في كثير من المعتقدات الزائفة المضللة. ثم إن أمثال هذه المعتقدات إذا انحرفت كثيراً عن سائر المعتقدات في المجتمع وإذا عطلت من قدرة الفرد على القيام بوظائفه اليومية، اندرجت في طائفة الهذاء. أي أن الهذاء يمكن أن يعد بمثابة النتيجة النهائية لعملية نتوصل فيها بسرعة إلى قرار غير ناضج في ظروف على درجة كبيرة من الغموض. ثم إن هذه القرارات يصبح من الصعب بعد ذلك تغييرها إذا تمَّ التوصل إليها بسبب أنها تعين المريض على أن يفهم موقفاً غامضاً يثير القلق، أي أنها تمده بالانغلاق.

وقد شهدنا مثالاً لهذه العملية من قبل ذلك في حالة المريض الذي كان يحاول أن يفهم السبب في أن لعصير البرتقال ذلك المذاق الغريب. فقد عمد المريض، حين واجهته تلك الظروف الغامضة (المذاق الغريب لعصير البرتقال و«النظرات الغريبة» التي توجهها إليه زوجته)، إلى استنتاج غير ناضج يتلخص في أن زوجته كانت تحاول تسميمه. وعلى الرغم من أن مثل هذا الاستنتاج ينطوي على التهديد، إلا أنه استنتاج يسمح له بتحقيق الانغلاق ويتيح له نوعاً من التصرف.

ولو أن العملية السابقة كانت تمثل بالفعل ما يجري عند تكون الهذاء، لجاز لنا أن نتوقع أن يكون الفصاميون من أصحاب الهذاء أكثر ميلاً نحو الانغلاق من الفصاميين من غير أصحاب الهذاء. ولتحقيق صحة هذا الفرض، قام ماك رينولز وأعوانه Mc Reynolds et al (1964) بتفحص سلوك المرضى من أصحاب الهذاء ومن غير أصحاب الهذاء في عمل إدراكي غامض يعرف باختبار ماك جيل Mc Gill للانغلاق (Mooney and Ferguson, 1951). وهذا الاختبار يتألف من عدد من الصور الناقصة لأشياء شائعة أو مناظر بسيطة. ولكن كل بند من الاختبار مقطع تقطيعاً يجعل من الصعب التعرف على كنه هذا الشيء أو طبيعة هذا المنظر. ويوضح الشكل رقم (١٠) بعض بنود هذا الاختبار. كما يتخذ من درجة الشخص في الاختبار (عدد المحاولات التي يقوم بها للتعرف على المناظر) مؤشراً على مدى ضيقه بالغموض.

وقد قام ماك رينولز بعرض كل بند من بنود هذا الاختبار لعدد من أصحاب الهذاء وعدد من غير أصحاب الهذاء لمدة خمس وعشرين ثانية، ثم جعل يسجل عدد المحاولات التي تبذل للتعرف (أي عدد ما يظنون أن الصورة تمثله من أمور). ثم حسبت الدرجة المتوسطة لكل مفحوص واتخذت مقياساً لما

عنده من ميل إلى التماس الانغلاق. وتبين، كما كان متوقعاً، أن المرضى الذين تتألف منهم جماعة الهذاء كانوا يقومون بعدد من المحاولات أكبر بدرجة دالة من المرضى الذين تتألف منهم الجماعة الأخرى. وكذلك تأيد الفرض القائل بوجود علاقة إيجابية بين وجود الهذاء والميل إلى الانغلاق.

لكن هذه النتيجة الواضحة الحاسمة لم يتم التوصل إليها في كل الدراسات التي أجريت في هذا المجال. فقد تركز الاهتمام في إحدى الدراسات (Cashdan, 1966) على كمية المعلومات التي يتخذها الفرد بمثابة العينة من قبل أن يحاول حل الموقف الغامض. لقد كان عمل ماك رينولز يقتصر على قياس ما إذا كان المفحوصون يقبلون مخاطرة التخمين أم لا، ولا يلتفت إلى مقدار المعلومات التي يستخدمونها. ولذلك أصبحنا في حاجة إلى عمل من نوع آخر يسمح لنا بتنوع كمية المعلومات التي يقدمها المثير.

وكان العمل الذي تم اختياره يتطلب من المفحوصين أن يتبينوا كنه بعض الأشياء الشائعة التي تقدم في شكل مشوه أو غامض (Draguns, 1963). كما كانت كل محاولة تتألف من سلسلة من اثنتي عشرة صورة فوتوغرافية غير واضحة لشيء واحد. وكانت الصورة الأولى من السلسلة لا يمكن التعرف عليها، على حين أن الصورة الثانية عشرة أو الأخيرة كانت واضحة تماماً. وكلما تقدمت سلسلة الصور وعرض على المفحوص عدد أكبر من الصور التي تمثل الشيء الواحد، ازداد ما يزود به من معلومات عن كنه هذا الشيء. وكان المطلوب من المفحوص أن يخطر المجرب عندما يشعر أنه قد تكونت لديه الفكرة عن ماهية هذا الشيء. كما كان الأمر يتكرر باستخدام عدة أشياء عامة (كلب، منزل، شجرة، الخ)، لتحديد «مستوى التعرف recognition level» عند المفحوص وذلك بحساب الدرجة المتوسطة بالنسبة للأشياء المختلفة.

وقد أجري الاختبار على ثلاث مجموعات من المفحوصين: عدد من الفصاميين يلاحظ عليهم الهذاء، وعدد آخر من الفصاميين الذين لا تبدو عليهم أمارات الهذاء، ثم مجموعة من الأسوياء. وكانت الدرجات بحيث تتراوح بين درجة واحدة واثنتي عشرة درجة، مع مراعاة أن الدرجات الدنيا تعكس ميلاً نحو الانغلاق المبكر. كما كان الفرض الرئيسي في الدراسة أن المرضى الذين هم أكثر هذاء، سيقومون بعدد أكبر من التخمينات غير الناضجة، وبالتالي سيحصلون على درجات أدنى من المفحوصين الذين هم أدنى هذاء.





شكل ١٠ ـ بنود من اختبار ماك جيل للانغلاق: في أعلى الصفحة (رجل من رعاة البقر يركب جواداً). في أسفل الصفحة (رجل يراقص امرأة). مأخوذ عن Mooney and Ferguson, 1951

ومع ذلك فإن نتائج الدراسة لم تؤيد صحة الفرض. ذلك أن المجموعتين من الفصاميين سلكا في التجربة على نفس النحو تقريباً، وحصلا على درجة متوسطة في العمل مقدارها ستة. كما أن من الطريف أن عدداً قليلاً جداً من المرضى كانوا يتقدمون بتخميناتهم عند عرض الصورة السادسة، وأن المرضى كانوا يتقدمون بهذه التخمينات إما بعد عرض الصورة الثانية أو بعد عرض الصورة العاشرة. ولذلك فقد قامت الدرجة المتوسطة (ستة) بتمويه حقيقة هامة هي أن توزيع الدرجة المتوسطة التي حصل عليها أفراد المجموعتين من الفصاميين كان توزيعاً ثنائي القمة bimodal. فقد تبين أن نصف المرضى تقريباً، وبغض النظر عما إذا كانوا من أصحاب الهذاء أو غيرهم، كانوا يندفعون إلى الاستنتاجات غير الناضجة، على حين أن النصف الآخر كان يتريث حتى النهاية تقريباً. على أن معظم الأفراد الأسوياء كانوا يتقدمون بتخمينات صحيحة عند عرض الصورة الثامنة تقريباً،ولذلك يبدو أن المتأخرين في التخمين من مجموعة الفصاميين كانوا على درجة أكبر مما ينبغي من الحذر، أي أنه كان في ميسورهم التقدم بتخميناتهم من قبل ذلك من غير أن يخطئوا.

وعلى الرغم من أن النتائج التي من هذا النوع تحتاج إلى التكرار والإعادة، إلا أنها تشير إلى أن العلاقة بين الميل إلى الانغلاق وتكوّن الهذاءات قد تكون أكثر تعقيداً مما كنا نظن من قبل. كما أن تناول الفصاميين للمعلومات قد يتضمن ميلاً نحو التأخر في إصدار الحكم بالإضافة إلى الميل نحو الانغلاق غير الناضج. والأبحاث المستقبلة وحدها هي الكفيلة بأن تعيننا على إزالة ما بين الدراسات السابقة من خلاف ظاهر.

اختلفت النظريات التي تعرضنا لها في هذا الجزء من حيث اتساع الظواهر التي تحاول تفسيرها، شأنها في ذلك شأن النظريات التي تعرضنا لها في الجزء السابق. وإذا كان فرضا الإفراط في التضمين والانغلاق يميلان إلى أن يكونا محدودين في تطبيقاتها، فإن فرض التعطيل أكثر سعة وطموحاً في نطاقه. ومع ذلك فإن كل واحد من هذه الفروض يمثل منحى فريداً في تناول الميكانيزمات التي تنطوي عليها الأعراض الفصامية. كما أن هذه الفروض تشترك مع الفروض النظرية المتصلة بنشأة الفصام في أنها تعيننا على أن نحسن فهم ذلك الموضوع الذي قد يكون أكثر الموضوعات تعقيداً في علم النفس المرضي بأسره، ألا وهو الفصام.

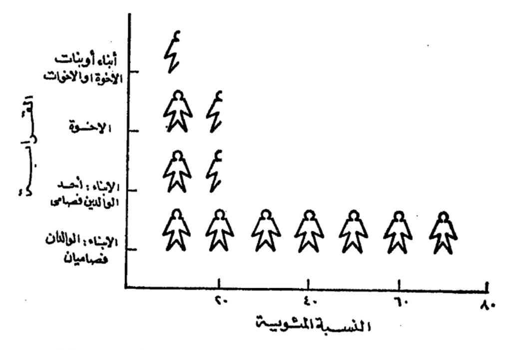
على أن البدائل الأساسية للنظريات التي تعرضنا لها فيها سبق بدائل عضوية في جوهرها. وقد قلنا في الفصل الأول إن النموذج العضوي لا يحظى بتقدير واسع بين المحدثين من الإكلينيكيين. لكنه مع ذلك ظل قائمًا في مجال المرض العقلي. ولذلك نجد أن قدراً لا بأس به من النظريات والأبحاث في مجال الفصام يميل إلى تأكيد المتغيرات الوراثية والبيوكيميائية. وفي الجزء التالي نقدم بعض النظريات المرتبطة بالمنظور البيولوجي، ثم نختتم الفصل بتفحُّص للمنظور الاجتماعي.

المنظور البيولوجي The Biological Perspective :

الاعتقاد العام بأن مصادر الفصام تكمن في صورة معينة من تلف المخ ازداد انتشاراً في القرن التاسع عشر، كما انعكس في تفكير كريبلين عن الجنون المبكر. أما اليوم، وبسبب ما أحرزته البشرية من تقدم في علوم الإحصاء والميكروبولوجيا، فإن هذه الفكرة لاتزال قائمة بصورة أكثر تهذيباً وتتمثل في الابحاث المنصبَّة على المتغيرات الوراثية والبيوكيميائية المرتبطة بالسلوك الفصامي.

المتعلقات الوراثية Genetic Correlates :

تعود الأبحاث التي تربط الفصام بالعوامل الوراثية من حيث بداياتها إلى التقارير التي تبين أن الاضطراب يجري في أسر معينة. ثم إن هذه الملاحظة الإكلينيكية تأيدت من بعد ذلك بفضل البيانات الإحصائية التي تشير إلى أنه كلما ازدادت صلة المرء عن طريق قرابة الدم بشخص فصامي ازداد احتمال أنه سوف يصاب هو أيضاً بالفصام. إن حوالي خمسة عشر بالمائة من إخوة الفصامي فصاميون كذلك، على حين أن الرقم ينخفض إلى أربعة أو خمسة في المائة بين أبناء وبنات إخوته وأخواته. وكذلك تكتسب العلاقة بين الوراثة والفصام مزيداً من التأييد من النتيجة التي بينت أن ستة عشر بالمائة من الأطفال الذين يكون أحد والديهم فصامياً ينشأ عندهم الاضطراب من بعد ذلك، على حين أن هذا الرقم يرتفع إلى ثمانية وستين بالمائة بالنسبة للأطفال الذين يكون كل من أبويهم مصاباً بالفصام (Kallman, 1946). ويلخص الشكل رقم (١١) بعض هذه النتائج الإحصائية.



شكل ١١ ـ نسبة انتشار الفصام بين أقرباء مرضى الفصام. مأخوذ عن كالمان، Kallman, 1946 .

ومع ذلك، وعلى الرغم من هذه الأرقام الأخاذة، لا يستطيع المرء أن يستخلص في اطمئنان أن الفصام اضطراب وراثي على أساس من هذا الدليل وحده. فإن التعرض الدائم للوالد الفصامي يمكن أن يفسر لنا في ذاته ذلك الارتفاع في الأرقام. كما أن نشأة المرء بين والدين فصاميين قد تكون موقفاً ينطوي على ضِعْف الضغط الذي تنطوي عليه نشأة المرء بين والدين أحدهما فصامي. إذ أن الطفل يستطيع، إن كان أحد الوالدين فقط فصامياً، أن يلتمس عند الوالد الآخر نوعاً من الملاذ المؤقت. أي بالاختصار نقول إن العوامل البيئية لا يمكن استبعادها. ولذلك فقد تركزت أكثر الأبحاث الوراثية على دراسة التوائم الفصامية.

ودراسات التوائم تحاول تقدير الأهمية النسبية للعوامل الوراثية والبيئية من خلال المقارنة بين الفصام عند التوائم المتطابقة والتوائم الأخوية. والمنطق الذي يستند إليه هذا المنحى واضح صريح. أما في التوائم المتطابقة أو أحادية اللاقحة (المتكونة من خلية واحدة) فتشترك في التكوين الوراثي؛ أي أن النمط الوراثي واحد عندهما. وأما التوائم الأخوية أو ثنائية اللاقحة (المتكونة من خليتين) فلا

يكون لها نمط واحد وإنما أنماط متشابهة؛ أي أن التكوينات الوراثية عندها شبيهة بما نجده عند الإخوة العاديين. ولذلك فلو أن الفصام كان وراثياً، لترتب على ذلك أن نجده أكثر انتشاراً بين كل من التوأمين أحادي اللاقحة، مما نجده بين التوأمين ثنائيي اللاقحة.

والمقياس الذي استخدم لاختبار هذا الفرض يعرف **بمعدل الاتفاق Concordance rate**. وهو يشير إلى النسبة المئوية للحالات التي نجد فيها كل فرد من أزواج التوائم مصاباً بالفصام. وفي الجدول رقم (٤) نجد تلخيصا لعدد من الدراسات الرئيسية التي تمت فيها المقارنة بين التوائم أحادية اللاقحة والتوائم ثنائية اللاقحة. ويلاحظ أن الفروق بين معدلات الاتفاق بالنسبة للتوائم أحادية اللاقحة والتوائم ثنائية اللاقحة ليست كبيرة جداً، وإن كانت متسقة من دراسة إلى دراسة. أضف إلى ذلك أن المعدلات عند التوائم ثنائية اللاقحة قريبة من المعدل البالغ ١٥٪ الذي تحدثنا عنه آنفاً بالنسبة للإخوة غير التوائم. ولذلك نقول إن الزعم بوجود عنصر وراثي في الفصام يجد التأييد من الدراسات التي تقوم على المقارنة بين التوائم.

ومع ذلك فإن هذا الدليل القوي تواجهه اعتراضات سيكولوجية. ذلك أن أكثر التوائم المتطابقة تتعرض لبيئات على درجة كبيرة من التشابه (يرتديان الملابس المتشابهة، ويستجاب لهما بطريقة متشابهة، وهكذا) بحيث يصبح هناك قدر من الاحتمال أن يتشابه أحدهما بالآخر أكبر من احتمال أن يتشابه أحد التوائم الأخوية بالآخر. وهذه في ذاتها تكفي لتفسير معدلات الاتفاق الزائدة.

جدول رقم ٤

معدلات الاتفاق بين أفراد التوائم الأحادية اللاقحة

والثنائية اللاقحة من الفصاميين

الباحث	معدل الاتفاق (٪)	
	أحادية اللاقحة	ثنائية اللاقحة
روزانوف، ١٩٣٤	٦٨	١٥
إسن - مولر، ١٩٤١	٧١	١٧
سلاتر، ١٩٥٣	٧٦	١٤
كالمان، ١٩٥٣	٨٦	١٥

كذلك وجه إلى دراسات التوائم نصيبها من النقد على أسس منهجية. من ذلك أن كثيراً من الدراسات المبكرة تضمنت بعض الأخطاء في الحكم على الأحادية والثنائية. ذلك أنه لا يكفي للاستدلال على أحادية اللاقحة الاستناد على الخصائص الجسمية أو الوجهية، لأن كثيراً من التوائم الأخوية يكون بينهما تشابه شديد في الملامح الأمر الذي يجعل من الضروري الاستناد إلى اختبارات الأمصال ليكون الحكم دقيقاً. ومن ناحية ثانية نجد أن كثيراً من دراسات التوائم الأصلية لم تتضمن ما يلزم من احتياطات التعمية المزدوجة precautions double — blind. أعني أن الباحث الذي كان يحكم بأحادية اللاقحة أو ثنائيتها، هو الذي كان يحكم بوجود الفصام أو عدم وجوده. وفي الدراسات التي تستخدم احتياطات التعمية المزدوجة، يقوم بكل واحد من هذين الحكمين باحث مختلف. مثال ذلك أن ما نجده في دراسات العقاقير من أن الشخص الذي يقدم العقار لا يكون هو الشخص الذي يحكم بمدى تحسن المريض. ومن شأن هذا الاحتياط العلمي أن يحول بين المجرب وبين أن يتحيز عن غير قصد للفرض العلمي الذي يسعى إلى التحقق من صحته.

وعلى الرغم من هذا الانتقاد، نجد أن ثقل الأدلة لايزال يؤيد الفرض القائل بوجود أساس وراثي. على أن أكثر الباحثين يؤمنون أن العامل الوراثي، حتى إن وجد، لا يزيد أثره عن تهيئة الفرد لظهور الاضطراب. من ذلك مثلاً أن كالمان، وهو أحد المشتغلين بدراسة الوراثة في مجال الطب العقلي، يؤمن بأننا لا نستطيع إلا أن نتنبأ بوجود استعدادات وراثية، وبأنه لا بد دائماً من أن نتدبر العوامل البيئية وأن نأخذها بعين الاعتبار (١٩٥٣). كذلك نجد في فكرة بول ميل Paul Meehl عن التمييز بين سكيزوتاكسيا Schizotaxia والسكيزوتيبيا Schi-zotypia (1962) التي ناقشناها في الفصل الأول ما يمثل وجهة النظر هذه. أي أن العوامل الوراثية، على أحسن الأحوال، تتفاعل مع العوامل النفسية لتولد الأعراض الفصامية.

المتعلقات البيوكيميائية Biochemical Correlates:

لو فرضنا أن العوامل البيولوجية مسؤولة عن الفصام، لكان من الممكن أن نكشف عن هذا في النواحي الكيميائية من جسم الفصامي. وهذا هو ما يزعم كثير من الناس أنهم تمكنوا من القيام به. أي أن هناك الكثير من تقارير

الأبحاث التي تبين اختلاف الفصامي عن الأسوياء في استهلاك الأوكسجين، أو في الدورة الدموية في المخ، أو في إنتاج الجلوكوز مثلاً. كذلك قرر بعض الباحثين أنهم كشفوا عن بعض الآثار الدالة على مواد كيميائية سامة في دم الفصامي وفي مخه كذلك.

وهناك مجموعة من الدراسات التي صدرت عن الأفكار المتصلة بتأثير الأدرينالين تبين لنا نمط التفكير الذي يستند إليه الباحثون في البيولوجيا في مجال الطب العقلي. ذلك أن الأدرينالين، وهو هورمون يفرزه الجسم بصفة عادية طبيعية، عقار تذهب بعض النظريات إلى أنه مسؤول عن عدد من الاضطرابات النفسية. ولذلك يشار إليه بأنه عقار الإنذار، إذ هو يزيد من ضغط الدم ونبض القلب، كما أنه مرتبط عامة بحالات الاستثارة.

وقد ارتبط الأدرينالين بالفصام بعد أن لوحظ أن التركيب الكيميائي للأدرينالين يشبه تركيب مادة المسكالين Mescaline التي هي عقار يؤدي إلى الهلاوس والتي هي مشتقة من مادة peyote. ولذلك فقد قدر العلماء أن تمثيل الأدرينالين قد يتخلف عنه ناتج كيميائي يؤدي إلى الهلاوس ـ وإلى الفصام. أي أن «فرضية الفصام» تذهب إلى أن الفصام نتيجة لخلل يصيب عملية تمثيل الأدرينالين، خلل يؤدي بدوره إلى تولد بعض المواد المؤدية إلى الهلاوس.

وفرضية الأدرينالين ترتكز على حقيقة وهي أن العناء النفسي يولد كميات كبيرة من الأدرينالين. أما عند الأسوياء فإن الفائض من الأدرينالين ينحل إلى مواد مؤكسدة لا ضرر منها يستطيع الجسم بعد ذلك أن يتخلص منها بسهولة وبصورة طبيعية. وأما في الفصاميين فيظن أن عملية التأكسد يعتريها الخلل. والذي يترتب على هذا أن يتحول الفائض من الأدرينالين إلى مادتي الأدرينوكروم adrenochrome والأدرينولوتين adrenolutin وهما مادتان كيميائيتان يظن أن لهما القدرة على إحداث الهلاوس. ثم تدخل هاتان المادتان إلى المخ فتحدثان الاضطراب الإدراكي والخلط اللذين يتميز بهما الاختلال الفصامي.

إن الأبحاث المبدئية جنحت إلى تأكيد فرض الأدرينالين. فقد قرر الباحثون أن الأدرينالين يختل تمثيله عند الفصاميين، وأن كمية الأدرينوكروم في دم الأسوياء تزداد بعد تناولهم للمواد المؤدية للهلاوس من قبيل مادة LSD 25. لكن النتائج التالية قدمت لنا صورة مختلفة عن ذلك تماماً. ففي إحدى

الدراسات تبين أن معدلات تحلل الأدرينالين لا تختلف عند الأسوياء عنها عند الفصاميين. وفي دراسة أخرى لم يتمكن الباحثون أن يكشفوا عن الأدرينوكروم في دماء واحد من مفحوصيهم من الفصاميين أو غيرهم على الرغم من أنهم استخدموا تقنيات على درجة عالية من الحساسية. وأخيراً تمكن الباحثون من أن يحدثوا اختلافات واسعة في تأكسد الأدرينالين (حتى وصل إلى مستويات شاذة) بمجرد تغيير منسوب فيتامين جـ في الجسم، وبذلك بدا أن الانحراف في معدل تمثيل الأدرينالين أكثر ارتباطاً بنوع الغذاء منه بالفصام.

ثم إن النتائج السلبية من هذا النوع لم تكن قليلة أو متفرقة. فكثيراً ما تبين لنا، المرة بعد المرة، أن ما بدا أول الأمر من اضطراب بيوكيميائي في الفصام هو أمر مبالغ فيه إلى حد كبير. فقد كانت الدعاوى المتحمسة تتلوها على الدوام نتائج سلبية أو مناقضة. كما كشف التحليل الدقيق عن أن أكثر الدراسات البيوكيميائية الأولى لم تأخذ بعين الاعتبار آثار الإيداع بالمؤسسات لفترة طويلة، أعني أن مرضى الفصام في هذه الدراسات كان تاريخهم يتضمن فترات من سوء التغذية أو التلوث أوالعلاج بالعقاقير لفترات زمنية طويلة. وقد غاب عن أذهان الباحثين أن أمثال هذه العوامل قد تسبب فروقاً هائلة في اختبارات أمصال الدم وتحليل البول.

ولتصحيح أمثال هذه الأخطاء، وحتى يتسنى التقدير الصحيح لما يدعيه الباحثون في الكيمياء الحيوية، أجرى المعهد القومي للصحة العقلية National Institute of Mental Health مشروعاً كبيراً للبحث في سنة ١٩٥٦. وقد خرجت نتائج هذا المشروع تلقي ظلالاً كثيفة من الشك على معظم النتائج التي قررها الباحثون من قبل، وترد هذه النتائج إلى المستويات الصحية السيئة وإلى التغذية غير الكافية وما إلى ذلك من العوامل. من ذلك، مثلاً، أن دراسة من الدراسات بينت أن مادة كيميائية كانت قد وجدت من قبل في بول الفصاميين عبارة عن ناتج من نواتج التمثيل الغذائي للقهوة، وأنها ترتبط بشرب القهوة أكثر من ارتباطها بالمرض العقلي. وقد كانت هذه المادة الكيميائية موجودة بصفة مركزة في بول الفصاميين لمجرد أنهم يقضون كثيراً من الوقت في قاعات المستشفى وهم يحتسون القهوة.

وعلى الجملة نقول إن النتائج البيوكيميائية قد تبين أنها إما سلبية أو غير

حاسمة. وقد استعرض سيمور كيتي Seymour Kety أحد الباحثين في المعهد القومي للصحة العقلية الصورة العامة لنتائج المشروع الذي قام به معهده قائلاً . . . «لقد أظهر مرضانا الفصاميون بوصفهم أفراداً أو جماعة قليلاً من الشذوذ في الدراسات البيوكيميائية التي تمت حتى الآن» (1959. p. 1530). ومع ذلك فإن الأبحاث في هذا المجال لاتزال مستمرة تستند إلى الاعتقاد بأن النتائج الإيجابية في المجال الوراثي لا بد وأن تصاحبها ارتباطات بيوكيميائية.

المنظور الاجتماعي The Sociological Perspective :

المنحى الاجتماعي في دراسة الفصام يحاول أن يتجاوز سيكولوجية الفرد ليركز بدلاً من ذلك على متغيرات اجتماعية عريضة من قبيل الفروق بين الحضارات والفروق الاجتماعية الاقتصادية. على أن أكثر النظريات الاجتماعية التي تتصل بالمرض العقلي إنما تعود تاريخياً إلى ذلك الفرض القائل بأن المدنية من شأنها أن تدفع بالناس إلى الاضطراب العقلي. أي أن أنواع العناء والضغط التي تتسبب عن البيروقراطية والتكنولوجيا من شأنها أن تضع عبئاً فادحاً على كواهل عدد كبير من الناس مما يتسبب عنه انهيار عدد منهم. لكن الأبحاث التي أجريت عبر السنين قد أظهرت أن مثل هذا الاعتقاد نوع من المغالاة في تبسيط الأمور. فإن معظم الاضطرابات الرئيسية التي نجدها في المجتمعات البيروقراطية الصناعية موجودة أيضاً في الحضارات البدائية. بل الواقع أن بعض مجموعات الأعراض التي اكتشفت في المجتمعات التي هي أقل في مستواها من الناحية التكنولوجية لا نظير لها في مجتمعاتنا. وقد كان مرض الأموك Amok ومرض الويندیجو Windigo أكثر هذه الأمراض حظاً من الدراسة المستفيضة.

أما الأموك فإنه نوع من المرض العقلي نجده في المالايو والفيليبين وأجزاء مختلفة من أفريقيا. وهذا الاضطراب يبدأ بفترات طويلة من الاكتئاب والانسحاب، ولكنه يتطور من بعد ذلك إلى مرحلة أكثر خطورة. ذلك أن الشخص المصاب تتملكه فجأة ولغيرسبب ظاهر نزعات قاتلة لا يملك السيطرة عليها، تراه وقد اختطف خنجراً يطلق صرخات وحشية ويطعن كل شيء أو كل شخص تقع عليع عينه. ولو أننا لم نخضع المريض سريعاً لأصبح من المحتمل

أن يؤذي من حوله أو يقتلهم؛ فإن عجز عن ذلك، عمد إلى تشويه نفسه. ومن هذاالنوع من الاضطراب استمدت اللغة الإنجليزية عبارة «running amok».

وأما الونديجو فإنه مرض عقلي يشاهد بين سكان كندا من الإسكيمو. وهو يبدأ كذلك بفترات طويلة من الاكتئاب. وخلال الاكتئاب ينتهي المريض إلى الإيمان بأنه تتملكه روح «الونديجو» الذي هو مارد من الثلج له قوى خارقة للطبيعة يظن أنه يفترس البشر. والأشخاص الذين تتملكهم روح الونـديجو يخشون أن يتحولوا هم كذلك إلى آكلي لحوم البشر، ولذلك فإنهم يعانون من الأرق وفقدان الشهية ومشاعر الانعزال. ولكن بعضهم مع ذلك قد يصل بهم الاضطراب حداً ينتهي بهم إلى قتل بعض أفراد أسرهم أو أكل لحمه حياً.

ومجموعات الأعراض من قبيل الأموك والونديجو نادرة للغاية ويبدو أنها مقصورة على حضارات معينة فقط، على حين أن معظم الأمراض العقلية التي هي أكثر شيوعاً والتي هي من نوع الاكتئاب والفصام موزعة بسخاء بين دول العالم. ومع ذلك فإن الـطبيعة المحـددة لبعض الأعراض المعينـة قد تـرتبط بالتأثيرات الحضارية. من ذلك، مثلاً، أن أنواع الهذاء والهلاوس كثيراً ما تختلف باختلاف جنسية المريض أو ديانته. فالأمريكيون يميلون إلى تضمين رجال مكتب التحقيقات الفيدرالي ووكالة المخابرات المركزية في هذاءاتهم، على حين أن المرضى من الإنجليز والروس يتهمون سكوتلانديارد وهيئة KGB. كذلك يصر أصحاب الهلاوس من الكاثوليك والبروتستانت أنهم يسمعون صوت يسوع المسيح، على حين يسمع المسلمون صوت الله. أي أن الاتجاه الذي تمضي فيه أعراض المريض يتأثر بدرجة واضحة بنوع الحضارة التي ينتمي هذا المريض إليها.

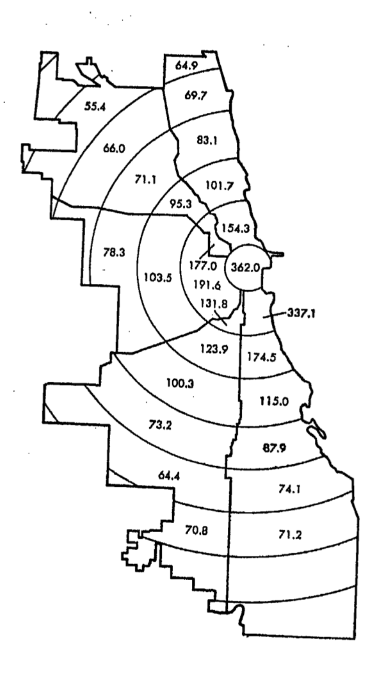
ثم إن الأبحاث التي تدرس العلاقة بين العوامل الاجتماعيـة والمرض العقلي لا تقتصر على الفروق فيما بين الحضارات، وإنما هي تشمل كذلـك الفروق داخل الحضارة الواحدة. ولذلك وجدنا عدداً من الدراسات التي تبحث الصلة بين التفاوت في معدلات المرض العقلي من ناحية وبين المذاهب الدينية ووضع الشخص من حيث إنه مواطن أو مهاجر وما إلى ذلك من العوامل من ناحية ثانية. وقد ركزت دراستان من أشهر هذه الدراسات التي تنصب على الفروق داخل الحضارة الواحدة على الفروق في فساد التنظيم في المجتمع، وعلى الفروق في الطبقة الاجتماعية. وكانت النتائج في كل من الحالتين بحيث تكشف لنا عن جوانب خفية من الفصام.

ففي أواخر الثلاثينات من هذا القرن، قام فارس دنهام Faris and Dunham (1939) بدراسة ما إذا كانت هناك صلة بين التفكك الشخصي (المرض العقلي) وبين التفكك الاجتماعي. كانا يعملان في شيكاغو فجعلا نقطة البداية بالنسبة لهما تلك الحقيقة القائلة بأن أكبر قدر من التفكك الاجتماعي إنما يتركز في مناطق الأقليات في وسط المدينة. في هذه المناطق نجد أعلى معدلات الأسر المتداعية والبطالة والجناح، وهذه هي المؤشرات المعيارية على التفكك الاجتماعي. فلو أن فرض «التفكك الشخصي ـ التفكك الاجتماعي» كان صحيحاً، لوجب أن نجد أعلى معدلات الاضطراب العقلي في هذه المناطق كذلك.

ولاختبار هذا الفرض، قام فارس ودنهام بتقسيم خريطة شيكاغو إلى مناطق متحدة المركز تبدأ من وسط المدينة وتمتد إلى الضواحي. ثم جمعت معدلات استقبال مرضى العقول من المستشفيات في أنحاء المدينة وقسمت بحسب كل منطقة. والشكل رقم ١٢ يوضح النتائج التي تم التوصل إليها. ومنه يتضح أن معدلات المرض العقلي تبلغ أعلى درجة في أواسط المدينة وتتناقص كلما اتجهنا إلى الأماكن الخارجية. وهكذا نجد أن المناطق التي تتميز بالمعدلات العالية من حيث التفكك الاجتماعي تتضمن أعلى معدلات المرض العقلي.

ثم إن تقسيم مجموعة الأعراض الذهانية المختلفة يكشف عن نمط طريف. ذلك أن توزيع معدلات الفصام يقترب من ذلك التوزيع الذي يتميز به المرض العقلي بصفة عامة؛ أعني أنها أعلى ما تكون في أواسط المدينة ثم تتناقص كلما اتجهنا إلى خارج المدينة. وأما ذهان الهوس والاكتئاب فإنها مع ذلك تتوزع عشوائياً خلال المناطق المختلفة. وهكذا يبدو أن الفصام، أكثر من سائر أنواع الذهان، ينتج من التفكك المرتبط بحياة المناطق المتخلفة.

لكن بعض الباحثين في المجال يرون أن الفصام يسهم في التفكك الاجتماعي ولا ينتج عنه. وهم يذهبون إلى أن الناس ممن يشتد اضطرابهم أو اختلالهم يتجهون إلى المناطق المتخلفة إما لأن أعضاء الأسرة قد رفضوهم أو لأنهم يأملون أن تكون حياتهم في وسط المدينة بحيث تفرض عليهم قدراً أقل من المطالب؛ ثم إنهم، حين يتركزون في المناطق المتخلفة، يسهمون في ارتفاع معدلات الجناح والبطالة والمرض العقلي. وهذه الفكرة يشار إليها بفرض التسرب إلى أسفل. وهو يعني في جوهره أن المرض العقلي هو السبب لا النتيجة



شكل ١٢ ـ خريطة مدينة شيكاغو وقد بدت عليها معدلات المرض العقلي. مأخوذ عن فارس ودنهام
Faris and Dunham, 1939, p. 36

في التفكك الاجتماعي. لكن فرض «التسرب إلى أسفل» هذا، وإن كان ظاهره يوحي بأنه ينطوي على إمكانيات كبيرة، لم يلق إلا قليلاً من التأييد من جانب الدراسات (التجرُبية الأمبيريقية). ذلك أن معظم الدراسات، بما في ذلك الدراسة التي سنعرضها بعد قليل، تكشف لنا أن مرضى الفصام يميلون إلى البقاء في نفس الحي الذي نشأوا فيه. أي أن الهجرة الانتقائية التي تلزم لتأييد فرض «التسرب إلى أسفل» لا تحدث.

وقد مضى هولنجزهد وردليش Hollingshead and Redlich (1958) في نفس المسار الذي اختطه فارس ودنهام، فجعلا يحللان العلاقة بين الاضطراب العقلي والطبقة الاجتماعية. أو أن نقول على التحديد إنهما اهتما بدراسة ما إذا كان للوضع الاجتماعي أثر على نوع الاضطراب الذي ينشأ عند الفرد، وعلى نوع علاج الطب العقلي الذي يتلقاه. وقد اتخذا من مدينة نيوهافن بولاية كونيتيكيت مركزاً جغرافياً لهذه الدراسة.

اعتمد هذان الباحثان على مؤشرات معيارية للمستوى الاجتماعي الاقتصادي من قبيل حي الإقامة والمهنة والتعليم في أن يحدد للمفحوص من عينة مدينة نيوهافن طبقة من بين خمس طبقات اجتماعية. أما الطبقة رقم (١) فكانت تتألف من أصحاب مهن التخصص والمديرين، أي من الناس الذين يربحون أكبر قدر من المال والذين بلغوا أعلى المراتب في التعليم ويشغلون أكثر المراكز القيادية الهامة في البيئة. وأما الطبقة رقم (٥) وهي أدنى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية، فتضم عمال المصنع نصف المهرة والفعلة غير المهرة. والأفراد في هذه الفئة يتميزون عادة بأنهم لم يتجاوزوا في التعليم مرحلة السنة السادسة الابتدائية وبأنهم يسكنون مساكن غير مزودة بالماء الساخن أو في أحياء متخلفة خارج نطاق المدينة تقع في منزلة وسط بين حياة المدينة وحياة الريف. وأما خصائص الطبقات الباقية فإنها تقع بين الأولى والخامسة بحيث تتوسطها الطبقة رقم ٣.

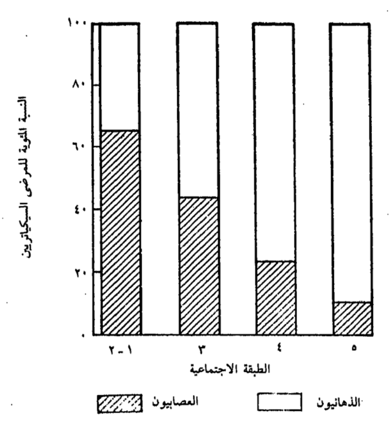
وكان السؤال الرئيسي الأول الذي اتخذه الباحثان أساساً للبحث كله هو: هل الوضع الطبقي مرتبط بالمرض العقلي؟ وباستخدام الأساليب الفنية المعيارية في اختيار العينات، جعلا يحصيان تكرار المرضى السيكياتريين في كل واحدة من الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الخمس، فبينت لهم الوقائع أن الطبقة رقم (١)

تقدم أقل الأعداد، وأن الطبقة رقم (٥) تزودنا بأكبر عدد من المرضى العقليين. وبذلك اتضحت العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والمرض العقلي اتضاحاً جلياً لا شك فيه.

ثم جعل المؤلفان يبحثان فيما إذا كان هناك ارتباط بين الحالة الاجتماعية ونوع التشخيص الذي يطلق على الحالة. ولتحقيق هذا قسما العينة إلى عصابيين وذهانيين وقاما بحساب نسبة انتشار كل من هاتين الفئتين في الطبقات المختلفة. والشكل رقم (١٣) يصور النتائج التي توصلا إليها. وهنا أيضاً يلاحظ كيف أن العلاقة تتضح بجلاء. فإن معظم العصابيين يتجمعون في الطبقة رقم (١) والطبقة رقم (٢) (اللتين تم ضمهما في الشكل لأسباب إحصائية)، على حين أن معظم الذهانيين يقعون في الطبقة رقم (٥)، مما يدل على أن الطائفة السيكياترية التي يقع فيها المريض ترتبط كذلك بطبقته الاجتماعية.

على أنه من الواجب أن نذكر أننا حين نشير إلى الذهانيين إنما نقصد بذلك الفصاميين بالدرجة الأولى بسبب أن النسبة الغالبة من الذهانيين يتم تشخيصهم بالفصام. أما إن قمنا بتحليل مستقل لمرضى الفصام، كان في ذلك تأييد، بل إبراز، للعلاقة بين التشخيص من ناحية والطبقة الاجتماعية من ناحية أخرى. ذلك أننا نجد في الطبقة رقم (٥) من الفصاميين تسعة أضعاف ما نجده من الفصاميين في الطبقة رقم (١) والطبقة رقم (٢) مجتمعتين.

وأما فيما يتصل بالعلاج، فقد أثير السؤال: هل يؤثر تشخيص المرض في نوع الرعاية السيكياترية التي يتلقاها المريض. وقد وجه هولنجزهيد وردليش جهودهما لدراسة هذه المسألة بأن شرعا في تصنيف إمكانيات العلاج إلى ثلاث طوائف مستقلة: العلاج النفسي، والعلاج العضوي، ووضع المريض موضع الحفظ والرعاية custodial care. أما العلاج النفسي فيشمل المناحي الفردية والجمعية في تغيير السلوك تغييراً يقوم على المناقشة وإعادة التربية. وأما العلاج العضوي فيشمل جراحة الفص الجبهي (جراحةالمخ) بالإضافة إلى الأنواع المختلفة من العلاج بالصدمات. وأما وضع المريض موضع الحفظ والرعاية فيتضمن الاحتفاظ بالمريض في مؤسسة الإيداع كما أنه يعني من الناحية الوظيفية عدم تقديم علاج له على الإطلاق.



شكل ١٣ ـ النسب المئوية للعصابيين والذهانيين في كل طبقة اجتماعية. مأخوذ عن هولنجزهد وردليش
Hollingshead and Redlich, 1958, p. 223

وقد قام الباحثان بحساب عدد المرضى العصابيين والذهانيين الذين تلقوا كل نوع من أنواع العلاج؛ والجدول رقم (٥) يوضح نتائج ذلك. ومن الواضح أن الغالبية الساحقة من مرضى الذهان، ومعظمهم من الفصاميين والفقراء، يتلقون قدراً أقل من العلاج المفضل، إن كانوا يتلقون شيئاً من العلاج على الإطلاق. وأما مرضى العصاب، ومعظمهم من الطبقات العليا، فإنهم هم الذين يتلقون العلاج النفسي.

ونلخص ما سبق فنقول إن دراسة نيوهافن تؤيد النتائج السابقة التي بينت الصلة بين المرض العقلي والطبقة الاجتماعية. ولكن هذه الدراسة توضح لنا كذلك، وبدرجة كبيرة من الإقناع، أن التشخيص الذي يتلقاه المريض ونوع العلاج الذي يقدم له يرتبطان كذلك بطبقته الاجتماعية. ولما كانت العوامل الاجتماعية والمرض العقلي والعلاج أموراً متشابكة، فقد بات من الضروري أن

نستكشف بعمق ما يسود في المجتمع من وجهات نظر نحو المرض العقلي وطريقة تعامل المجتمع مع المرض العقلي. وهذا هو الهدف الذي ننصب أنفسنا لتحقيقه في الفصل التالي.

الجدول رقم ٥

الأنواع الرئيسية من العلاج التي يتلقاها مرضى العصاب والذهان.

نوع العلاج الذي يقدم للمريض	تشخيص المرضى	
	٪ العصابين	٪ الذهانيين
العلاج النفسي	٨٢,٩	١٦,٤
العلاج العضوي	١١,١	٣٨,٨
الحفظ والرعاية	٦,٠	٤٤,٨

مأخوذ عن هولنجزهيد وردليش (١٩٥٨)



الفصل الرابع

استجابة المجتمع للسلوك الشاذ

كل مجتمع يتخذ لنفسه أسلوباً خاصاً في التعامل مع الانحراف حتى يمكنه أن يوفر لمواطنيه الإحساس بالأمن والنظام. ومجتمعنا من هذه الناحية لا يختلف عن سائر المجتمعات. من ذلك، مثلاً، أن مجتمعنا يستخدم العقاب مع المجرمين، ويعتمد على العلاج في حالة مرضى العقول، على أن الهدف الظاهري في كلتا الحالتين هو إعادة التأهيل. ولكن علاج مرض العقول مع ذلك كثيراً ما لا يختلف عن العقاب لسوء الحظ، بحيث تصبح إعادة التأهيل أمراً لا سبيل إلى تحقيقه.

وفي هذا الفصل سوف نتفحص الإجراءات والأنظمة التي يستخدمها مجتمعنا مع المرضى العقليين. ونبدأ بالنظر في علاج المضطربين من الأفراد في المستشفيات والمحاكم وهي المؤسسات التي تتعامل أوثق تعامل مع مرضى العقول.

المستشفيات العقلية:

على الرغم من أن فكرة إيداع مرضى العقول بالمستشفيات يمكن ردها إلى المعابد الإسكولابية Aesculapian temples في بلاد الإغريق القديمة، إلا أن بدايتها الحقة تعود إلى أواخر القرن الثامن عشر في أوروبا. ففي نفس الفترة تقريباً التي كان فيها بينل Pinel يحرر نزلاء مستشفى بيستر Bicetre من أغلالهم، كان أحد رجال الكويكرز Quakers الإنجليز من الأثرياء ويدعى وليام تيوك William Tuke يؤسس أول ملجأ أو دار إيداع لمرضى العقول. وقد سميت هذه الدار استراحة يورك York Retreat حتى يمكن تجنب ما ينطوي عليه لفظ «ملجأ» من مضامين سلبية، كما كانت هذه الدار توفر للمرضى مكاناً للراحة والاستشفاء. ثم تبين نجاح منحى تيوك في علاج مرضى العقول نجاحاً ساحقاً وذاعت بين الناس قصة نجاحه.

لكن معظم مرضى العقول (وخصوصاً الفقراء منهم)، وعلى الرغم من البداية المبشرة، ظلوا يعالجون علاجاً سيئاً وخصوصاً في أمريكا حيث ظل المرضى يودعون في السجون المحلية وفي بيوت الفقراء. وفي منتصف القرن التاسع عشر بدأت إحدى المعلمات المتقاعدات واسمها دوروثيا ديكس Dorothea Dix حملة تدعو إلى المعاملة الإنسانية لمرضى العقول، وقداستمرت هذه الحملة أربعين سنة تقريباً. وتدل التواريخ التي كتبت عن حياة هذه المرأة على أنها ساعدت في إنشاء ما يزيد عن ثلاثين مستشفى من مستشفيات الولايات للأمراض العقلية.

وقد ترتب على العمل الرائد الذي قامت به دوروثيا ديكس عدة إصلاحات ثورية ليس أقلها أن قامت المستشفيات المزودة بهيئات من العاملين المختصين مكان السجون المكتظة وبيوت البر والإحسان. ولكن مساوىء نظام مستشفيات الولايات للأمراض العقلية أخذ يزداد وضوحاً بمرور الزمن. من ذلك، أولاً، أن إقامة المؤسسات العقلية في مناطق خارج المدينة جعلت المرضى بمعزل عن أصدقائهم وأسرهم. وثانياً، إن إحساس البيئة المحلية بالمسؤولية نحو المضطربين من أعضائها جعل يتناقص بعد أن جعلت الدولة نفسها بالمسؤولة الأولى عن رعايتهم. وأخيراً، نجد أن الحياة بمؤسسات الإيداع بدت وكأنها تؤدي إلى آثار من شأنها أن تعطل عملية الشفاء.

وقد قام ارفنج جوفمان Irving Goffman وهو أحد علماء الاجتماع ممن

درسوا المؤسسات دراسة متعمقة بتقديم تحليل نفاذ لأعمال المستشفيات العقلية. وهو يصف في كتابه «الملاجىء Asylums» (1961) المستشفيات العقلية بأنها «مؤسسات كاملة»، أي أماكن يخضع فيها نشاط النزلاء للتنظيم الشديد، كما يكون النزلاء فيها دائماً موضع الرقابة والملاحظة الدائمة من جانب العاملين المقيمين. ويشير جوفمان إلى أن أهم الخصائص المميزة للمؤسسة الكاملة هي أنها تتناول كثيراً من حاجات البشر عن طريق الأساليب البيروقراطية التي تشمل قطاعات كبيرة من الناس. إن حاجات الفرد ورغباته تصبح في مثل هذه الظروف في منزلة ثانوية، بينما تكون الأهمية الأولى لإدارة المستشفى إدارة تتميز بالسلاسة والخلو من المشكلات. أي أن شؤون الفرد في المستشفيات العقلية الكبيرة توضع في منزلة ثانوية، بينما تأتي إدارة المرضى وضبط أمورهم في المنزلة الأولى.

والصور الرئيسية لإدارة المرضى هي نظام عنابر المستشفى والاستخدام الإجباري لأنواع معينة من «العلاج». أما في نظام عنابرالمستشفى فإن المرضى يحولون إلى عنابر مفتوحة أو مغلقة (مقفلة) بحسب نوع التشخيص أو بحسب درجة خطورة اضطرابهم. والعزل بهذه الصورة يتم تبريره على أساس أن المقصود به تحقيق صالح المريض؛ وأن المريض في العنبر المغلق يزود بالضوابط أو بفرصة تلقى عناية المختصين في كل ساعة من ساعات اليوم. لكن هذا التبرير الذي يصطنع للدفاع عن نظام العنابر يكذبه أن العنابر المغلقة التي هي أشق أنواع العنابر لا تزود إلا بأقل الأعضاءالعاملين كفاية بالمستشفى. أي أن المرضى الذين هم في أشد الحاجة إلى الرعاية يعهد بهم إلى أقل العاملين قدرة على إمدادهم بها. فكأن نظام العنبر في جوهره لا يؤدي إلا وظيفة إيداع المرضى الذين تجمدت حالاتهم.

ثم أن كثيراً من المستشفيات تعتمد على العقاقير المهدئة وإلى حبس المريض كوسيلة للسيطرة على غير المنضبطين من النزلاء. وقد تولى الباحثون الذين درسوا ما يجري في المستشفيات وصف الأساليب التي يتم بها تمويه هذه الإجراءات وإظهارها في صورة العلاج. كتب بلكناب Belknap في مؤلفه «المشكلات الإنسانية لمستشفى الأمراض العقلية (١٩٥٦) يقول:

«من المرضى من يتوقح أو يتمرد على الممرضين أو بعض المرضى العاملين ممن ينفذ أوامر الممرض، أو يثير عراكاً بينه وبين مريض آخر، أو يتحول إلى درجة عنيفة من

العدوان بصفة عامة. عندئذٍ قد يوضع مثل هذا المريض في إحدى غرف الحبس الانفرادي. ومن الناحية النظرية، يقوم الممرض وأعوانه بهذا العزل بدعوى صالح المريض وبدعوى أنهم يتيحون له الفرصة حتى يهدأ. ولكننا شاهدنا مع ذلك في أغلب حالات الهياج أن هذا الإجراء لم يكن هو الدافع الحق فيما يتخذ مع المريض من إجراءات الحبس. ثم إن الأمر لم يقتصر على استخدام هذا الإجراء استخداماً صريحاً من أجل فرض الانضباط على المرضى المتمردين، وإنما كان التهديد بالحبس يستخدم كثيراً من جانب الممرضين أو أعوانهم من المرضى لتحقيق الانضباط» (p. 191)

كذلك نجد ملاحظة شبيهة بهذه عند ستانتون وشفارتز Stanton and Schwartz في دراستهما المأثورة (الكلاسيكية): «المستشفى العقلي» (١٩٥٤)... فبعد أن ناقشا الأساليب الخلافية التي يستخدمها الممرضون في ضبط المرضى عن طريق «المزايا المعيشية» قالا:

«وكذلك كانت أساليب الحبس الانفرادي[١]، والأغطية الباردة الرطبة التي يلف بها المريض[٢]، وأدوية التهدئة إجراءات خلافية كذلك لأنها كانت غامضة. ذلك أن كل هذه الأساليب كان يوصي بها رسمياً بوصفها «أنواعاً من العلاج» تقدم للمريض في الحالات التي يظن أنه يفيد منها فقط. ولكن كل هذه الأساليب كانت مع ذلك وفي نفس الوقت تستخدم بوصفها إجراءات للتقييد الاجتماعي، على الرغم مما يكرر قوله كبار العاملين في المستشفى من أنها أساليب علاج لا عقاب». ولذلك فقد كانت هذه الأقوال لا تلقى إلا التجاهل لسبب بسيط هو أنها لم تكن صحيحة على الدوام؛ وأنها كانت، حين تقال في غير المناسبة الصحيحة، لا تدعو إلا إلى الخلط والاضطراب. (p. 127).

ومن الواجب أن نذكر أن المؤسسة التي درسها ستانتون وشفارتز تعد من أوائل المستشفيات العقلية في البلاد.

وتزداد هذه الصورة السيئة تعقيداً إذا علمنا أن معظم المؤسسات العقلية ليس لها من الإمكانات ما يسمح لها بأن تزود نزلاءها بالعلاج النفسي إلا على نطاق محدود. ذلك أن بعض المستشفيات يبلغ العاملون فيها من قلة العدد درجة أن أطباء الأمراض العقلية لا يقضون مع المريض إلا عدة دقائق كل أسبوع إن

---

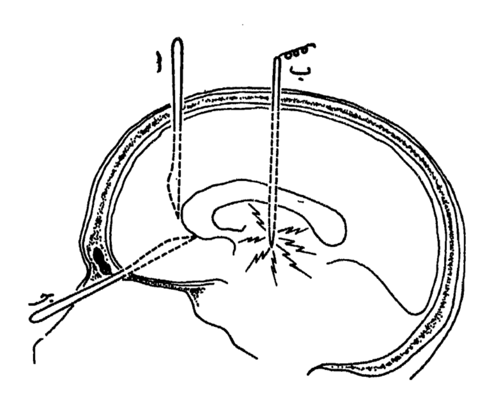
(١) العزل مصطلح يقصد به حبس المريض بمفرده في غرفته. وعلى الرغم من أن القانون في بعض الولايات لا يتضمن حبس المريض أثناء الليل كذلك، إلا أن هذا هو ما يتضمنه العزل في لغة المستشفى وفي هذه العبارة المقتبسة كذلك.

(٢) نوع من إجراء العلاج المائي: يلف المريض لفاً محكماً بالأغطية الباردة الرطبة، فإذا به يشعر بالدفء واندفاع الدم في وجهه بعد دقائق قليلة، ثم يهدأ وكثيراً ما يغلبه النعاس، ومع ذلك فإن المريض إذا قاوم هذا الإجراء واعترض عليه تناقص احتمال أن يصبح له ذلك التأثير المهدىء. ومن الواضح أن اللفائف الباردة يمكن أن تستخدم بسهولة كبديل للتقييد البسيط.

استطاعوا؛ كما أن العلاج النفسي يكاد يكون منعدماً في معظم المستشفيات الكبيرة للأمراض العقلية. وما يتلقاه المرضى من علاج إنما يقع عادة في باب العلاج العضوي الذي يشمل الجراحة النفسية psychosurgery، والعلاج بالصدمات، والتطبيب باستخدام العقاقير.

إن الجراحة النفسية تشير إلى أنواع معينة من جراحة المخ استخدمت لأول مرة في الثلاثينات من هذا القرن. وعلى الرغم من أن هذه الفترة شهدت عدداً من الأساليب الجراحية (أنظر شكل ١٤)، إلا أن جراحة الجزء الأمامي من الفص الجبهي للمخ كان أكثرها شيوعاً. وهذه العملية الجراحية تتضمن قطع الممرات العصبية فيما بين الثلاموس الذي يظن أنه مركز الانفعالات وبين الفصوص الجبهية التي يظن أنها المراكز العقلية. وقد كان الهدف الظاهر من هذه العملية الجراحية هو أن تمنع الاضطراب الانفعالي عند المريض من أن يتدخل في العمليات الفكرية المعقولة عنده. هذه الفكرة على بساطتها كانت الأساس في إجراء الآلاف من هذه العمليات الجراحية. وقد فقدت الجراحة النفسية جاذبيتها في السنوات الأخيرة بعد أن أصبحت العقاقير السيكياترية ميسورة ومتاحة بدرجات متزايدة. لكن الجراحة النفسية لاتزال مع ذلك تستخدم في حالات متفرقة.

وأما العلاج بالصدمات فإنه على العكس من ذلك أسلوب فني لايزال يستخدم على نطاق واسع. وعلى الرغم من أن هناك عدة أنواع من العلاج بالصدمات، إلا أن أكثرها شيوعاً هو العلاج بالتشنجات الكهربية Electro — Convulsive Therapy. وفي العلاج بالتشنجات الكهربية يلصق قطبان كهربيان على فوْدي temples المريض ثم يمرر تيار كهربي خلال المخ. وهذا يحدث تشنجاً مؤقتاً تتبعه فترة قصيرة يشعر المريض فيها بالدوار وفقدان الاتجاه. وفي الأيام الأولى للعلاج بالتشنجات الكهربية (الثلاثينات والأربعينات من هذا القرن) أصيب بعض المرضى بكسور في العمود الفقري بسبب الحركات التشنجية التي يحدثها التيار الكهربي. وأما اليوم فإن عقاراً من نوع curare يعطى للمريض من قبل الصدمات حتى يحدث نوعاً من الشلل المؤقت عند المريض وتقل احتمالات إصابة الجسم بالأذى. وعلى الرغم من أن العلاج بالصدمات يبدو مفيداً بالنسبة لبعض المرضى وخصوصاً من كان يشكو من الاكتئاب منهم، إلا أن آثاره قصيرة الأمد نسبياً. ومع ذلك فإنه يستخدم في الحالات التي يبدو أن العقاقير لا تفيد فيها.



شكل ١٤ ـ أنواع الجراحة النفسية:

أ ـ العملية العادية لجراحة الجزء الأمامي من الفص الجبهي للمخ.
ب ـ جراحة الثلاموس Thalamotomy (تدمير أجزاء من الثلاموس بواسطة التيار الكهربي).
جـ ـ جراحة الفص عبر مُحْجَر العين transorbital lobotomy (جراحة الجزء الأمامي من الفص الجبهي للمخ باستخدام الفجوة الجمجمية فوق العينين بوصفها مدخلاً).

وأما استخدام المواد الكيميائية في علاج المرض العقلي فيعرف بالعلاج الكيميائي، كما أن بعض المواد تسمى مواد ذات فعالية نفسية. وهذه العقاقير في معظمها تتألف من المهدئات tranquilizers ومن مضادات الاكتئاب antidepressants. أما المهدئات فتستخدم في تخفيف القلق والانتقاص من القابلية للتهيج، وهي أكثر ما تكون في حالات الفصام والعصاب الشديد. وأما مضادات الاكتئاب أو المنشطات energizers كما تسمى أحياناً فإنها تستخدم أساساً في مقاومة الاكتئاب، ولكنها قد تستخدم مع ذلك في علاج أي حالة مرضية تتميز بالانسحاب وبلادة الشعور.

على أن ما لقيته العقاقير ذات التأثير النفسي من قبول واسع، بدأ عند ادخالها لأول مرة في أوائل سنوات ١٩٥٠، أدى إلى انتشار استخدامها. ثم كان

هذا أثره الهائل في علاج مرضى العقول وأثره في خروج أعداد وأنواع من المرضى ما كانوا ليخرجوا من المستشفى بغير ذلك من الوسائل. ولكن الاستخدام الواسع لها كان له مع ذلك جانبه السلبي؛ إذ أصبح عدد كبير جداً من السيكياتريين يعتمدون على العلاج الكيميائي بوصفه علاجاً في ذاته، وعلى الرغم من أنه لم يكن يقصد به إلى أن يستخدم على هذا النحو. ذلك أن العقاقير صممت في الأصل لكي تستخدم مع العلاج النفسي في حالات الاضطراب الشديد عند المرضى الذين لم يكن من الممكن الاقتراب منهم بأي وسيلة أخرى. ولكن هذا الأمر لم يؤخذ بعين الاعتبار، وأصبح معظم المرضى في المستشفيات العقلية يعالجون بالعقاقير ولا شيء غيرها.

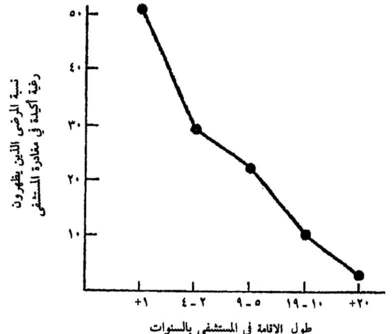
واستخدام الأساليب العلاجية البيولوجية في مستشفياتنا العقلية يتم تبريره كثيراً على أساس أنها سريعة سهلة الاستخدام توفر وقت السيكياتريين الثمين. ولكن هذه الحجة من شأنها أن تخفي عنا حقيقة واقعة هي أن الاستخدام الشامل لهذه الأساليب الفنية إنما يعني أن النموذج العضوي هو السائد دائمًا في فلسفة إدارة المستشفيات العقلية. وهذا يساعد في كثير من الأحوال على أن تنشأ وتتدعم الاتجاهات الراسخة بعدم القابلية للشفاء، تلك الاتجاهات التي تعمل على استمرار وجود تلك المقابر النفسية التي تسمى، بطريقة لطيفة في التعبير، «بالخدمات المزمنة» أو «بعنابر العلاج المتصل».

وعلى الجملة نقول إن علاج مرضى العقول في مستشفياتنا لا يبعث كثيراً على الفخر أو التفاؤل. ولكننا نشير مع ذلك إلى أن بعض التغيرات بصدد الوقوع. ففي السنوات الأخيرة نشأت حركة تتجه نحو المستشفيات «المفتوحة» التي لا تحتوي على عنابر مغلقة والتي تكون «امتيازات التجول داخل المبنى» فيها بمثابة الحق لا بمثابة نوع من المكافأة. ومثل هذه المستشفيات تستخدم العلاج البيئي milieu therapy وحكومة المرضى، كما تعتمد على أوجه النشاط اليومي للمريض بدلاً من الاتصال بطبيب الأمراض العقلية مرة كل أسبوع كوسيلة لإحداث التغير العلاجي النفسي. ولكن هذه التغيرات مع ذلك قليلة ومتباعدة. فإن معظم المؤسسات العقلية الكبرى التابعة للولايات لا يعالج المرضى فيها إلا بالصدمات الكهربية والعقاقير، ولا يوجه إليهم إلا أقل الاهتمام الشخصي. وأن كثيراً من هؤلاء المرضى تظهر عندهم أنماط الانتكاس المزمنة ولا يقدرون على البقاء خارج المستشفى لأي فترة زمنية.

وقد أراد ج. ك. وينج J. K. Wing أحد الباحثين من البريطانيين المهتمين بآثار الإيداع في المؤسسات لفترة طويلة أن يكشف عما يكون للإقامة الطويلة بالمستشفى من أثر على رغبة المريض في الخروج منها (1962). واستخدم هذا الباحث مجموعة من الفصاميين الذين تعرضوا للإيداع بالمستشفيات لفترات تمتد بالنسبة لبعضهم إلى عشرين سنة. وقسم هذه المجموعة إلى جماعات فرعية بحسب طول فترات الإقامة. وكانت البيانات تتألف من تقديرات الأعراض، ومن اتجاهاتهم نحو الخروج، ومن الخطط التي يضعونها للمستقبل، وذلك بالنسبة لكل جماعة. ثم أخضعت البيانات للتحليل.

والشكل رقم ١٥ يصور النتيجة الأساسية لهذه الدراسة تصويراً بارزاً. فكلما ازدادت فترة بقاء المريض بالمستشفى ازداد عدم اكتراثه بالحياة خارج المستشفى وقلت رغبته في أن يترك المؤسسة.

ثم إننا لو درسنا الشكل رقم (١٥) لتبين لنا كذلك أنه بعد انقضاء فترة سنتين على دخول المستشفى تنخفض نسبة المرضى الذين يظهرون الرغبة في مغادرة المستشفى إلى أقل من ثلاثين بالمائة، وأن أغلبية المرضى إما أن يرغبوا في



الشكل ١٥ - الاتجاهات نحو الخروج من المستشفى بوصفها دالة لطول فترة الإقامة بالمستشفى. مأخوذ عن وينج (Wing 1962)

البقاء بالمستشفى وإما أن يظهروا عدم اكتراث ملحوظ.

وقد أطلق وينج على النفور التدريجي من الحياة المدنية لدى المريض العقلي تأثير الإيداع بالمؤسسات. وهذا النفور يتميز بانحطاط المهارات الاجتماعية، وبكراهية أوجه النشاط الاجتماعي، والفقدان العام لروح المبادرة. بل إن لب مجموعة الأعراض هذه التي تسمى بتأثير الإيداع بالمؤسسات هو تناقص الشعور بالمسؤولية الشخصية الذي تحدثه الحياة بالمستشفى. ذلك أن الفرد إذا تولى غيره تنظيم غذائه واستحمامه وارتدائه لملابسه وأوجه نشاطه الترويحي، اختزلت حياته فلم تعد تزيد عن سلسلة من الحركات الآلية. ولذلك نجد المريض وقد انتهى به الأمر إلى عدم الاكتراث وإلى أن يترك نفسه عالة على غيره.

ولو أننا أردنا لوضع مريض العقل أن يتحسن، لوجب علينا أحد أمرين: إما أن نجد بديلاً عن المستشفيات العقلية، وإما أن تتحول المستشفيات العقلية فتصبح مراكز للعلاج حقاً. فإن آثرنا الحل الثاني، كان من الواجب أن تصبح كل المستشفيات من نوع المستشفيات الصغيرة التي تكون نسبة الأطباء إلى المرضى فيها نسبة معقولة. كذلك قد يصبح من اللازم التوصل إلى أساليب علاجية مختلفة حقاً لتستخدم مع المرضى ذوي الحاجات المتفاوتة تفاوتاً حقاً. وسوف نناقش فيما بعد في هذا الفصل وتحت عنوان الصحة العقلية للبيئة المحلية بعض الابتداعات المتصلة بهذه النواحي.

المحاكم:

يعرض مريض العقل للجهاز القضائي في المجتمع لأسباب مختلفة؛ إما أن يكون موضع الاهتمام في جلسة تحقيق تناقش أمر الحكم بإدخاله المستشفى العقلي رغم إرادته؛ وإما أن يكون متهمًا بارتكاب جريمة. فإن كان متهمًا في جريمة، كانت القضية الأساسية موضع المناقشة هي إن كانت من الواجب تقديمه للمحاكمة، وإن كان الأمر كذلك فهل ينبغي لنا أن نعده مسؤولاً عن تصرفاته. وأياً ما كانت الظروف الخاصة نجد أن التساؤل يقوم حول حقوق مريض العقل ووضعه القانوني. ونتدبر الآن بعض هذه المسائل تحت عناوين منفصلة عن الإيداع الاجباري بالمستشفى، والحق في المحاكمة، والدفع بفقدان الأهلية العقلية.

الإيداع الإجباري:

الأفراد الذين يقضون زمناً في المستشفيات العقلية يصلون إليها من عدة طرق. أما بعضهم فيقر بأنه مريض وفي حاجة إلى المساعدة، ثم يلتمس دخول المستشفى بإرادته. عندئذٍ نجده يقضي بالمستشفى فترة تتفاوت طولاً وقصراً، فترة يستطيع بعدها عادة أن يغادر المستشفى متى أراد. وأما البعض الآخر فإن دخول المستشفى يفرض عليهم بعد أن عجزوا عن إدراك مدى اضطرابهم. وهؤلاء لا يكون الخروج من المستشفى بالنسبة لهم أمراً سهلاً يسيراً؛ إذ يكون من الصعب عادة بالنسبة لمريض العقل المحكوم عليه بالإيداع في المستشفى أن يقنع الآخرين بأنه قد شفي وأن ادعاءه الصحة والسلامة أمر سليم خصوصاً في المستشفيات الكبيرة التي نجد فيها كثيراً من المرضى الـذين تنتشر عنـدهم الهذاءات. ولذلك فإن خطورة استبقاء المريض لفترة طويلة من غير مبرر أمر وارد فعلاً.

ولأن الإيداع الإجباري تترتب عليه نتائج لا ينبغي أن يستهان بها، أصبح من الواجب أن تعقد جلسات الفصل في الإيداع بكل ما هو مستـطاع من الحرص والعناية. وقد أقيمت عبر السنين عدة ضمانات مفصلة تهدف إلى حماية حقوق مريض العقل. ولكن الذي يجري في الواقع فعلاً أن هذه الضمانات يتم تجنبها أو التغاضي عنها، بحيث أصبحت النتيجة أن وجدنا هوة شاسعة بين ما تنص عليه القوانين وما يجري بالفعل في قاعات المحاكم.

وقد نظرت عدة دراسات بدقة في ما يجري فعلاً في الجلسات التي ينظر فيها أمر الإيداع الإجباري. من ذلك أن كتنر Kutner (1962) درس ما جرى عليه العمل من اقتضاء الفحوص السيكياترية قبل نظر القضية، فتبين له أن المحاكم تلتزم التزاماً حرفياً بتنفيذ هذا القانون الذي يقضي بتعيين أطباء يقومون بالفحوص السيكياترية، ولكن معظم هذه الفحوص تجري وتستكمل في دقيقتين أو ثلاث دقائق فقط. ومعلوم أن هذه فترة لا يمكن أن تكفي لإجراء فحص سيكياتري جاد. كذلك يقرر كتـنر أن المرضى لا يخـطرون في خلال هـذه الجلسات بأن من حقهم اختيار بعض المحامين للدفاع عنهم. ولذلك ترتب على هذا أن أصبح الأقارب هم الذين يتولون تمثيل المرضى، مع أن الأقارب عادة هم أصحاب دعوى الإيداع في بادىء الأمر.

وفي بحث يتوخى نفس الهدف، قدم لنا شيف Scheff (1964) تأكيداً لنتائج كتنر. ذلك أنه قام بمقارنة جلسات النظر في الإيداع في المحاكم الريفية والحضرية مقارنة انتهى منها إلى الاستنتاج بأن الغالبية الساحقة من جلسات النظر في إيداع الشخص بالمستشفيات العقلية لا تهدف إلى البحث الجاد. وأن هذه الجلسات في معظم المحاكم بالمدن التي شهدها (وحيث ينظر أكبر عدد من القضايا) تتميز بأنها شكلية في طبيعتها ولا تستغرق أكثر من سبع دقائق فقط في المتوسط، وأن المريض ما إن يقدم إلى المحكمة حتى يصبح الحكم عليه بالإيداع أمراً محتوماً.

على أن الموظفين الرسميين المشتركين في هذه الجلسات يبررون ما يجري بقولهم إنه يعفي المريض من ألم إجراءات النظر والتحقيق الطويلة. ويزعمون كذلك أن الإيداع الإجباري يوصل إلى العلاج السيكياتري الفعال الذي لا يمكن أن يؤدي إلى الضرر. ولكننا نقول إن الأمر ليس بحاجة إلى فحص متعمق لكي يثبت لنا أن دعواهم غير صحيحة. لقد رأينا منذ قليل أن العلاج السيكياتري الفعال في معظم المستشفيات العقلية أسطورة لا نصيب لها من الصحة. أضف إلى ذلك أن هناك من الأدلة ما يشير إلى أن الإيداع الإجباري بالمستشفيات أمر قد يؤثر تأثيراً سيئاً على مستقبل علاقات المريض بأصحاب الأعمال الذين يعمل عندهم، وكذلك بأصدقائه. ولذلك فإن الدفع بأن الإيداع الإجباري لا يلحق الضرر قول أقل ما يقال عنه إنه ساذج يقوم على التفكير المتمنيّ أكثر مما يستند إلى الدليل الاجتماعي.

ولكن الإيداع الإجباري ضرورة في بعض الحالات لأسباب واضحة. إذ قد يكون المريض خطراً على نفسه أو على الآخرين، كما أنه قد يكون غير واعٍ بأنه مضطرب إلى حد كبير. ومع ذلك فإن بعض خبراء القانون يدعون إلى إلغاء الإيداع الإجباري على أساس أن مزاياه لا ترجح كفة مساوئه. أما البديل الذي لا يصل إلى هذا الحد من التطرف فهو أن نجعل التطبيق القضائي الراهن متمشياً مع ما لدينا من نصوص قانونية، وأن نتأكد من أن جلسات النظر في الإيداع تمضي في جدية وعناية. فإن لم يتحقق ذلك، ظل الإيداع الإجباري أمراً تزداد صعوبة الدفاع عنه.

حق الفرد في المحاكمة:

من بين الأسس الأولية التي يستند إليها القانون الحديث حق كل فرد وجهت إليه تهمة جنائية في أن يعرض أمره على محكمة المحلفين. ولكن هذا الضمان لا ينسحب مع ذلك ليشمل الأشخاص الذين تقرر المحاكم أنهم مضطربون نفسياً. فإن حدث هذا، تغير مركز الفرد القانوني تغيراً قد يؤدي إلى أن يزول حقه في المحاكمة زوالاً قانونياً. وهذا هو ما يتضح من الاقتباس المقتطف التالي:

> لوس أنجلس:
>
> تشارلز «تكس» واطسون مواطن من تكساس طويل القامة قدم للمحاكمة بمفرده في جريمة قتل الممثلة شارون تيت وستة ضحايا آخرين، فحكم عليه بالإيداع في مستشفى عقلي يوم الجمعة.
>
> وكان واطسن، وهو شاب وسيم، قد وصف في محاكمة تشارلز مانسون وثلاث نسوة من الأعضاء في جماعةٍ مانسون الشبيهة بالهيبيز، بأنه زعيم حفلات القتل التي قضت على الآنسة تيت والستة الآخرين.
>
> وكان قد عارض الإبعاد من ولاية تكساس حتى بعد أن بدأت محاكمة الآخرين. ولكنه منذ أن سلم إلى لوس انجيلوس يقف صامتاً فاغراً فاه وهو يبتسم ابتسامات فارغة من كل هدف بين لحظة وأخرى أثناء وقوفه في المحاكمة.
>
> وقد ذكر تقرير كتبه الدكتور ماركوس كراهان طبيب الأمراض العقلية:
>
> «أصبح السيد واطسون منذ الأسبوع الماضي فاتر الهمة، مرتخي العضلات، لا تصدر عنه أية حركات». . . كذلك قام طبيب آخر للأمراض العقلية هو الدكتور سيمون بولاك بإخبار المحكمة أن واسطن لم يكن متعاوناً مع المحامي للدفاع عنه بسبب رفضه الكلام.
>
> وقد أمر القاضي «دل» بنقله فوراً إلى مستشفى أتاسكاديرو التابع للولاية وأعلن أنه «غير قادر على أن يفهم الآن طبيعة التهمة الموجهة إليه. والمحكمة تشعر أن من الضروري أن يوضع في مكان يستطيع فيه أن يستعيد عقله»
>
> Associated Press Release, Springfield Union, October 31, 1970

والقانون يقتضي أن يكون المتهمون قادرين على أن يساعدوا الآخرين في الدفاع عنهم؛ فلا يكفي أن يظهروا الاهتمام بصالحهم الشخصي، وإنما ينبغي أن يتمكنوا من التقدم بالمعلومات التي تعين الدفاع عنهم. ولكن كثيراً من الأفراد المضطربين يكونون، في نظر القانون، عاجزين عن التعاون أو الاهتمام بأنفسهم، ولذلك تحكم عليهم المحاكم بأنهم فقدوا أهلية التقاضي كما رأينا من قبل.

وقد وجه توماس زاز Thomas Szasz مؤلف كتاب «القانون والحرية والطب العقلي» (١٩٦٣) نقداً شديداً عنيفاً إلى عملية تحديد عدم الأهلية، وهو يرى أن مرضى العقول المتهمين بارتكاب الجرائم يتعرضون للحكم بالإيداع بالمستشفى نتيجة الإجراءات القانونية التي يرى زاز أنها موضع الشك والريبة. من ذلك أن عدداً كبيراً من أطباء الأمراض العقلية الذين تندبهم المحاكم لا يقدمون «لعملائهم» شرحاً كافياً عن دورهم في المحكمة. وكثيراً ما يخطىء المتهمون فيظنون أن كل ما يكشفون عنه سوف يظل طي الكتمان ولن يستخدم ضدهم، ولذلك فإنهم يتقدمون بمعلومات قد يترتب عليها إدانتهم. ولما كان الدستور يقصد إلى الحيلولة دون الاستخدام غير المشروع للمعلومات التي يتقدم بها المتهم والتي قد تدينه، فإن الفحوص التي تتم قبل المحاكمة تعد عندئذٍ نوعاً من التجسس على ذهن المتهم Szasz, 1961.

ولعل ما هو أكثر خطورة من هذا كله أن الحكم بعدم الأهلية معناه الحكم بالسجن لأجل غير مسمى. ذلك أن المريض الذي يتبين أنه غير حائز للأهلية يتعرض تلقائياً للحكم بالإيداع في مستشفى للأمراض العقلية أو في العادة في مستشفى للمجرمين من غير العقلاء، ويضطر إلى الإقامة فيها حتى يتبين أنه قد صار أهلاً للتقاضي. ولكن المتهمين الذين يدخلون أمثال هذه المستشفيات قلما يتلقون علاجاً؛ وقد يقضون حياتهم كلها، أو على الأقل جزءاً ضخماً منها رهن الحبس.

وعلى الرغم من أن تكس واطسن، المتهم في الاقتباس السابق، انتهى الأمر إلى الحكم بأهليته للتقاضي، إلا أن الحالات التي تنتهي إلى مثل هذا المصير هي أقرب إلى الاستثناء لا القاعدة. فقد تبين من دراسة حديثة لعدد يزيد عن ألف من المتهمين ممن حكم عليهم بالإيداع في مستشفى للولاية في متشيجان في فترة تزيد عن ست سنوات، أن نسبة لا تزيد عن عشرة في المائة منهم أعيدت محاكمتهم (Hess and Thomas, 1963). وقد أوضح أصحاب هذه الدراسة أن معظم هؤلاء المتهمين كان يمكن أن تعاد محاكمتهم بعد فترات زمنية قصيرة لو أنه كان يتولى أمر الدفاع عنهم عدد من المحامين المهتمين بصالحهم حقاً. كما يقدر هس وثوماس أن ما يزيد عن خمسين بالمائة من المتهمين المودعين بالمستشفى سوف يقضون ما تبقى لهم من الحياة داخل المستشفى.

ولكي يصور لنا تصويراً واضحاً ما يمكن أن يحدث نتيجة للمحاكمة غير

السليمة التي تنظر في أهلية المتهم للتقاضي، يشير زاز إلى قضية عزرا باوند Ezra Pound الشاعر الشهير. ففي خلال الحرب العالمية الثانية، قام باوند، فيما يزعمون، ببث إذاعات تقوم على الخيانة ضد الحلفاء حينما كان يعيش في إيطاليا. وفي سنة ١٩٤٥، بعد أن وضعت الحرب أوزارها، قبض على باوند وحوكم بتهمة الخيانة. وادعى باوند المرة بعد المرة أن إذاعاته كانت تصدر عن روح الوطنية، كما أصر على القول بأنه لو كان تمكن من أن يبعث برسائله إلى الأعداء قبل سنة ١٩٤٠ لما قامت الحرب ولأمكن تجنبها. على أنه من غير المهم هنا أن نناقش ما إذا كانت تصرفات باوند وأفعاله تنطوي على عنصر الخيانة أم لا؛ وإنما القضية هي أن هذا الأمر لم يناقش في المحكمة أبداً.

«على أن احتواء إذاعات باوند على عنصر الخيانة أو عدم احتوائها أمر لم يحسم أبداً. أعني أن هذه المسألة والأدلة المتصلة بها لم تقدم للمحلفين. ولذلك فإن المحلفين لم يصدروا قراراً بالإدانة أو البراءة. وإنما الذي حدث بدلاً من ذلك أن تقرر ـ من جانب الحكومة والدفاع عن المتهم ـ أن يحكم بعدم أهلية باوند للتقاضي وأن يودع في مؤسسة للطب العقلي. وتم تنفيذ هذا بسرعة. ولم يستغرق المحلفون في تقرير أن باوند لم يكن في «كامل قواه العقلية» أكثر من ثلاث دقائق. ثم قضى باوند فترة الثلاث عشرة سنة التالية في مستشفى سانت إليزابيث Szasz, 1963, p. 200 .

وأخيراً وبعد إلحاح من روبرت فروست وعدد من الشخصيات الأدبية البارزة الأخرى، وافقت الحكومة على إسقاط دعواها ضد باوند في سنة ١٩٥٨. ولكن هذا لم يتحقق، كما بينت الفقرة المقتطفة المقتبسة إلا بعد انقضاء فترة الثلاث عشرة سنة من الإيداع بالمستشفى.

إن عدداً من الناس، منهم زاز، يذهبون بشدة إلى أن المضطربين من الأفراد ينبغي أن يقدموا للمحاكمة ويرون أن معظم المتهمين قادرون على تحديد صالحهم. وعند زاز أن الحكم بعدم أهلية التقاضي يستخدم بكثرة هائلة ويعتمد على أحكام تعسفية صادرة عن قضاة غير متعمقين. ويرى زاز أن من الإنسانية أن يحاكم الشخص المضطرب ويزود بالرعاية السيكولوجية في السجن (إن ثبتت إدانته) بدلاً من أن يحرم من حقه في التقاضي. وما دام حرمان الشخص من حقه في التقاضي يؤدي في الظاهر إلى حبسه على أية حال، فإن هذا الحرمان لا يمكن تبريره بدعوى العلاج ولا بدعوى الاعتبارات الإنسانية.

الدفع بفقدان القوى العقلية:

ناقشنا ما يحدث بالنسبة لمن يتهم بارتكاب جريمة ثم يحكم بعدم أهليته للتقاضي. والآن ننظر في الذين توجه إليهم تهم جنائية وتكون لديهم القدرة على فهم إجراءات سير الدعوى ثم يزعمون أنهم كانوا «في غير كامل قواهم العقلية» عندما ارتكبت الجريمة. وهذه هي الحالة المأثورة للدفع بالجنون التي يشار إليها عادة بالدفع «بالجنون المؤقت».

والدفع بالجنون يعود تاريخه إلى واقعة حدثت منذ أكثر من مائة سنة في بريطانيا العظمى. ذلك أن دانييل مناتن Daniel M'Naghten قدم للمحاكمة في سنة ١٨٤٣ بدعوى أنه أطلق النار على السير روبرت بيل رئيس الوزراء الانجليزي بقصد قتله، وبعد أن اعتقد أنه يتآمر ضده. وعلى الرغم من أن الرصاصة أخطأت بيل، إلا أنها قتلت سكرتيره الخاص فوجهت إلى مناتن تهمة القتل. واعتمد الدفاع على جنون مناتن، وبعد محاكمة تميزت بشدة الخصومة بين الدفاع والاتهام، توصل المحلفون إلى قرار ببراءة المتهم على أساس الجنون. ولذلك حكم على مناتن بالإيداع في مستشفى بيت لحم حيث قضى السنوات الاثنتين والعشرين الأخيرة من حياته.

وقد أدى هذا الحكم الثوري الذي أصدرته المحكمة إلى أن يقوم قضاة انجلترا بصياغة المعيار الذي تستند إليه التبرئة في المستقبل على أساس من الجنون. وتقرر نتيجة مناقشاتهم، وتعرف بقاعدة مناتن M'Naghten rule، مايلي:

> «لكي يتسنى الدفع على أساس عدم التمتع بالسلامة العقلية، لا بد من أن يدلل بوضوح على أن الشخص المعني المتهم كان وقت ارتكاب الفعل يرزح تحت نقص في العقل، بسبب المرض العقلي، وبحيث يعجز عن معرفة طبيعة الفعل الذي يرتكبه وصفة هذا الفعل، أو - إن كان يعلم ذلك - بحيث لا يعلم أن ما يقوم به عمل خاطىء».

ولكي نفهم معنى قاعدة مناتن، لا بد لنا من أن نتذكر أن القوانين إنما توضع أساساً لعقاب من يرتكب الجريمة بإرادته. وأن النصوص القانونية تتضمن بسبب ذلك بعض الترتيبات بالنسبة لحالات الإهمال وحالات ارتكاب الجرائم عفواً وعن غير قصد. وأن العقوبة إما أن تخفف وإما أن تلغى في الظروف التي من هذا النوع والتي يشار إليها «بحالات العذر»، وقاعدة مناتن كانت بمثابة سابقة قانونية تدرج الجنون في طائفة «حالات العذر».

ثم ظلت قاعدة مناتن مدة تقرب من مائة سنة بمثابة المعيار الوحيد

للمسؤولية القانونية في حالات الجرائم التي تتضمن المريض العقلي. وإن كان فضل الطب العقلي قد ظل محدوداً بصفة نسبية، فلم يكن يسمح لأطباء العقول إلا بأن يقدموا رأيهم في قدرة المريض على أن يميز بين الصواب والخطأ. كما لم يكن يسمح لهم بأن يزيدوا على ذلك شيئاً عن دوافع المريض أو قدرته على ضبط نفسه. أي أن قاعدة مناتن قصرت في كثير من الحالات عن مساندة العميل المضطرب بسبب أنه لم يكن يقبل من أطباء الأمراض العقلية أن يتقدموا بشهاداتهم عن الطبيعة السيكولوجية لاضطراب المتهم.

وفي سنة ١٩٥٤، وبسبب قرار اتخذته محكمة النقض في الولايات المتحدة، أعيد تفسير قاعدة مناتن. فقد حكمت تلك المحكمة في قضية ديرهام المرفوعة ضد الولايات المتحدة أن «المتهم لا يكون مسؤولاً جنائياً إن كان الفعل غير القانوني الذي صدر عنه نتيجة للمرض العقلي أو القصور العقلي». وبذلك وسع قرار ديرهام من حدود أسباب الإعفاء، كما سمح لأطباء الأمراض العقلية والسيكولوجيين أن يقدموا للمحاكم بيانات أكثر أهمية عن اضطراب المريض واختلاله. وقد أحسن الناس من العاملين في مجال القضاء والطب العقلي استقبال هذا القرار منذ صدوره.

ولكن قاعدة ديرهام مع ذلك لم تتكفل بحل المشكلة المرتبطة بتوجيه الاتهام إلى الأفراد المضطربين. فأولاً، لم تقم كل الولايات بوضع القاعدة موضع التنفيذ. وثانياً، إن قاعدة ديرهام شأنها شأن سابقتها قاعدة مناتن لاتزال تؤدي في كثير من الأحيان إلى إصدار الحكم المضلل الخاطىء «التبرئة بسبب فقدان القوى العقلية». والأحكام من هذا النوع متناقضة لسبب بسيط هو أنها لا تؤدي إلى إطلاق سراح المتهم. وإنما نجد المتهم يلزم بالإيداع في مستشفى لغير العقلاء من المجرمين في كل قضية تقريباً ينتهي فيها إلى حكم من هذا النوع. وهذه المستشفيات، كما بينا من قبل، لا تعدو أن تكون سجوناً. «والمتهم الذي يحكم عليه بالإيداع في سجن يستخفي في صورة مستشفى، لا يتلقى أي علاج، ومع ذلك ينتظر منه أن يظل فيه حتى يتم شفاؤه». (Szasz, 1963, p. 114). أما في الواقع فإن كثيراً من المخالفين يقضون في الحبس بعد أن «يطلق سراحهم» فترة أطول مما كانوا ليقضون لو أنهم أدينوا ثم فرض عليهم تنفيذ أقصى العقوبة.

إن كثيراً من الناس يرون في الحبس الذي لا ينتهي عند حد معين أو الذي يمتد إلى أجل غير مسمى نوعاً من العقوبة القاسية غير المعتادة، وأنها مخالفة للمبادىء الأساسية للعدالة الجنائية الحديثة التي ترى أن تتناسب شدة العقوبة مع خطورة الجريمة. وقد حاول البريطانيون أن ينتقصوا من احتمالات الحبس الذي لا مبرِّر لـه، فابتدعوا نوعاً من الحكم هو «مذنب ولكنه مريض عقلياً». وعند صدور مثل هذا الحكم، يستطيع المتهم المذنب، إن رأت المحكمة ذلك، أن يودع في المؤسسة العقلية. ولكنه مع ذلك لا يمكن استبقاؤه فيها بعد انقضاء الحد الأقصى للعقوبة التي كان يمكن أن توقع عليه لو أنه كان قد أودع في السجن. وبابتداع هذا البديل يمكن تجنب شرور السجن الذي لا ينتهي.

وعلى سبيل التلخيص نقول إن مريض العقل لا يتلقى العلاج اللائق عندما يقدم للمحاكمة. وأن ما تخوله له نصوص القوانين لا يتحقق في التطبيق اليومي الفعلي للقانون. فإن المواطن المضطرب نفسياً، سواء قدم للمحـاكمة المدنية أم الجنائية، معرض للحرمان من حقوقه ولأن تسلب كرامته. وهو من هذه الناحية يلقى من المحاكم نفس المعاملة التي يلقاها من المستشفى العقلي.

فما هي القوى الاجتماعية المسؤولة عن هذه الأحوال؟ يرجع جزء من الجواب إلى أن إدارة المؤسسات الاجتماعية وما تنطوي عليه من أوجه القصور وما يرتبط بها من ضغوط مسؤولة إلى حد ما عن ذلك، فإن المحاكم ومستشفيات الأمراض العقلية بلغت حداً كبيراً من الضخامة وشدة الازدحام. ويرجع جزء آخر من الجواب إلى أن العاملين في المؤسسات الاجتماعية من المهنيين غير ذوي الامتياز، بحيث نجد أن أكفأ العاملين في المهن القانونية والسيكياترية يشتغلون بالأعمال الحرة أو يعملون لدى المؤسسات الخاصة، لا في المؤسسات العامة. ومع ذلك فإن المسؤولية الكاملة لا يمكن أن تقع بأكملها على كـواهل هـذه المؤسسات العامة. ولذلك كان علينا أن نتدبر ما يسود بين الجماهير العامة من اتجاهات واستجابات.

الجمهـور:

ليست دراسة استجابة رجل الشارع لشيء معقد مثل المرض العقلي أمراً سهلاً. ذلك أنه كثيراً مـا تختلف أقوال النـاس التي يدلـون بها عـلانية في

الاستفتاءات اختلافاً كبيراً عما يعتقدونه ويؤمنون به إيماناً فعلياً. وقد أخذ جم نانالي Jum Nunnally ذلك بعين الاعتبار حين بدأ يقدر نظرة الجماهير إلى المرض العقلي في دراسة عنوانها: «تصورات شائعة عن الصحة العقلية»:

Popular conceptions of Mental Health (1961)

وقد قرر ننالي، لكي يحسن تقدير ما تتميز به هذه التصورات من طبيعة حقه، أن يقوم بتقدير ما لدى الجمهور من معلومات عن المرض العقلي من ناحية، وما يسود لدى الجمهور من اتجاهات نحو الموضوع من ناحية أخرى. أما مبلغ ما لدى الجمهور من معلومات وحقائق عن المرض العقلي فقد حصل عليه باستخدام استفتاء يتضمن عدداً من العبارات المتصلة بهذا الموضوع. وكان على المستجيبين أن يبينوا مدى موافقتهم أو معارضتهم لهذه البنود التي من قبيل:

- معظم الناس في المستشفيات العقلية يتحدثون بألفاظ يمكن فهمها.
- ليس في ميسورنا أن نفعل الكثير للشخص الذي يصاب بالمرض العقلي.
- معظم الناس الذين يصابون بالخبل يحاولون قتل أنفسهم.
- قليل من الناس الذين يلتمسون مساعدة طبيب الأمراض العقلية يكونون في حاجة فعلية للعلاج.

وأما الاتجاهات فقد تم قياسها بمقياس التمايز السيمانتيكي (Osgood, Suci, and Taunenbaum 1957)، وهو اختبار يقيس المشاعر الكامنة أكثر مما يقيس المعلومات الحقيقية. وفيه يقدم للفرد كلمة مثيرة يطلب إليه تقديرها على عدد من الأبعاد التقويمية. وفيما يلي مثال لبند من بنود الاختبار بالنسبة لكلمة «طبيب الأمراض العقلية»:

طبيب الأمراض العقلية

جاهل							ذكي
فعال							غير فعال
ضعيف							قوي
قلق							هادىء

ومن الممكن استخدام بعض بنود التمايز السيمانتيكي المشابهة لهذا بالنسبة للمثيرات الأخرى من قبيل «المريض العقلي»، و «الرجل العادي» وهكذا.

وقد خرجت نتائج الاختبارين بحيث تكشف عن الكثير. أما في استفتاء المعلومات فقد تم تصوير مريض العقل تصويراً إيجابياً إلى حد كبير. إذ أنهم وصفوا بأنهم متسقون في تفكيرهم، من الممكن علاجهم، وقادرون على أن يعودوا إلى بيئاتهم المحلية. وهكذا يمكن القول بصفة عامة أن الجمهور يبدو وقد تحققت لديه فكرة مستنيرة عن المرض العقلي. وأما في اختبار التمايز السيمانتيكي فقد ظهرت لنا صورة مختلفة عن ذلك. إذ نجد هنا أن المريض العقلي ينظر إليه في خوف وعدم ثقة مهما كان سن المستجيب أو مستواه من التعليم. يقول نتالي: «كبار السن من الناس وصغار السن منهم كذلك، والناس الذين بلغوا مرتبة عالية من التعليم، وكذلك الناس الذين لم يتلقوا من المدرسة إلا أيسر التعليم - كل أولئك يبدو أنهم ينظرون إلى مريض العقل على أنه أقرب إلى الخطورة والقذارة وإلى أن يكون شخصاً لا يسهل التنبؤ بتصرفاته وإلى أن يكون إنساناً عديم القيمة» P. 51.

وهكذا يتضح أن استجابة الجمهور للمرض العقلي أمر في غاية التعقيد. ففي العلانية يتحدث الناس عن المريض العقلي بعبارات متفائلة؛ قوم تعثر حظهم ولكن لهم كرامتهم وقدرتهم على العودة إلى الحياة الطبيعية. أما في السر فإنه ينظر إليهم على أنهم غرباء يبعثون الرهبة في نفوس الآخرين وأنهم أقل من أن يكونوا بشراً كسائر البشر. ولما كان على مريض العقل أن يتعامل مع مشاعر الناس لا مع أقوالهم، أصبح في ميسورنا أن نصل إلى نتيجة واحدة هي: أن الوقوع في المرض العقلي وصمة تدمغ المرء.

وقد وجه ارفنج جوفمان Erving Goffman في كتاب له بعنوان «الوصمة Stigma, 1963» همه إلى البحث عن إجابة للسؤال: كيف يتعامل الجمهور مع المنحرفين. واتخذ جوفمان نقطة البداية من الحقيقة القائلة بأن هناك عدة أنواع مختلفة من الصفات التي تزري المرء وتخفض من مكانته. هذه الصفات يمكن أن تنقسم بصفة عامة إلى ثلاث طوائف رئيسية: الوصمات الجسمية، والقَبَلية، والخُلُقية. أما الوصمات الجسمية فتتضمن طائفة متنوعة من الانحرافات الجسمية، من قبيل تشوهات الوجه، والأطراف الكسيحة؛ وأما الوصمات القبلية فإنها مؤشرات صريحة مباشرة تشير إلى عنصر الفرد (عرقه race) أو دينه أو جنسيته، كما تعكسها ملامح وجهه، أو لون بشرته؛ وأما الوصمات الخُلُقية

فتشير إلى الشوائب في خُلُق الفرد، من قبيل الإرادة الضعيفة، وانعدام الإحساس بالمسؤولية، والخصائص السيكولوجية الأخرى التي ترتبط عادة بما يتضمنه تاريخ الفرد من الإدمان، أو السجن، أو المرض العقلي.

على أن أكبر ما يشغل الفرد الموصوم إنما يتمثل في عبارة: «التقبل الاجتماعي». عليه أن يتعلم طوال حياته أن يتعامل مع الناس الذين ينفرون منه سراً، والذين يصرون مع ذلك على أن يبدو عليهم التسامح الكريم في ظاهر الأمر. ويقول جوفمان إن الشخص الموصوم عليه أن يتعلم التعامل مع الاتجاه الكامن لدى الناس لا مع تلك الوجهة أو المنظر الخارجي الذي يبدون به، إن كان له أن يحتفظ ببقائه الاجتماعي.

ويعتمد نوع التوافق الذي يتخيره الفرد الموصوم لنفسه بعض الاعتماد على درجة وضوح عيبه. ففي حالات الوصمة الجسمية وبعض حالات الوصمة القبلية، فإن قصور الفرد ومظاهر عجزه تكون واضحة في العادة. وأما في معظم حالات الوصمات الخلقية فإن الأمر لا يكون بهذه الدرجة من الوضوح[1]. ومع ذلك فإن كثيراً ممن سبق لهم الإصابة بالمرض العقلي يواجهون أمراً صعباً. فهم إما أن يخفوا حالتهم عن الناس ويحاولون ألا تلحظهم العيون، وإما أن يكشفوا عن ذاتيتهم الحقة ثم يواجهون ما قد يترتب على ذلك من نتائج.

فإن أراد المريض ألا يتنبه إليه أحد كان عليه أن يلجأ إلى سلسلة من المناورات الاجتماعية المعقدة حتى لا ينكشف أمره. فلو أنه كان في حفلة اجتماعية ثم استمع إلى نكتة مشينة عن المضطربين من الناس لكان عليه أن يضحك منها كما يفعل سائر الناس. ولو أن بعض معارفه استخدم عن غير وعي ألفاظاً من قبيل «مختل» أو «ملتاث» لوجب عليه أن يصطنع الحرص بحيث لا تطرف عينه أو يداخله الغضب. وقد كتب واحد من أصحاب الجنسية المثلية ممن يحاولون ألا ينكشف أمرهم يقول:

> «وحين كانت النكت تلقى عن «أصحاب الجنسية المثلية»، كان عليّ أن أضحك مع الآخرين، كما كنت مطالباً حين تدور الأحاديث عن النساء بأن أبتدع لنفسي غزوات ومغامرات. كنت أكره نفسي في تلك اللحظات، ولكن لم يكن في ميسوري أن أفعل خلاف ذلك. لقد أصبحت حياتي كلها أكذوبة.

---

(١) يحدث هذا على الرغم من أن وسائل الإعلام تبرز مرضى العقول في صورة عدم الاتساق الفكري وتجعل عيونهم زائغة فارغة النظرات.

كذلك كان المجهود الذي أبذله في خداع أسرتي وأصدقائي أمراً لا أطيقه في أكثر الأحيان. فقد كان علي أن أراقب كل كلمة أنطق بها وكل حركة تصدر عني خشية أن يفتضح أمري» (Wildeblood, 1959, p. 32)

ومهما بلغ الحرص بالشخص الذي ينجح في خداع الآخرين فلا ينكشف أمره نجده على علم بأن تقبل الآخرين له قد تم عن غير دراية منهم بحقيقة أمره. أي أن الناس الذين يتقبلونه متحيزون ضد نمط الشخصية التي ينتمي إليها هو بالفعل.

كذلك يواجه المريض الذي يكشف عن حقيقة ذاته بعض المصاعب. فهو - على خلاف المريض الذي ينجح في الاستخفاء - مطالب على الدوام بالانتقاص من حدة القلق عند الأسوياء، إذ الأسوياء فيما عدا القليل منهم لا يستشعرون الارتياح وهم في حضرة من سبق له التعرض للمرض العقلي. ومثال ذلك أن الأمور قد تتعقد أثناء المحادثة في جماعة صغيرة، فتراه يعمد ببساطة إلى أن يذكر لتلك الجماعة شيئاً عن تلك الفترة التي قضاها في مستشفى الأمراض العقلية بروح الدعابة، فيتضاحك الجميع ويسري عنهم إنه هو الذي تطوع بذكر ذلك لا هم. كذلك تراه قد يتعمد فيطمئن الناس الذين يستخدمون عن إهمال بعض الكلمات من قبيل «أهبل» أو «مجنون» في حضرته بقوله إن الأمر لا غبار عليه، وأنه لا يتأثر لذلك. وأخيراً نجده قد يقرر أن يفتح موضوع المرض العقلي مجالاً للمناقشة الجادة، وهذا التصرف من قبيل المناورة التي يسميها جوفمان «اتيكيت كشف المستور». وسواء اتبع المريض سياسة الاستخفاء أم إماطة اللثام عن نفسه، تراه مضطراً إلى أن يعتمد على بعض العمليات المحسوبة يخفف بها من أثر الوصمة.

والآن نتساءل: هل ينبغي للموصوم أن يلجأ إلى أمثال هذه المناورات المتطرفة؟ وهل صحيح أن الناس يستجيبون استجابة سلبية لمريض العقل كما يذكر جوفمان؟ لقد وجه أمريجو فارينا Amerigo Farina، وهو سيكولوجي يعمل في هذا المجال، جهوده نحو دراسة هذه المسائل في سلسلة من الدراسات التجريبية المبتدعة. وكان المنحى العام الذي استخدمه يتضمن تكليف اثنين من الأشخاص بعمل تجريبي بحيث يؤمن كل واحد منهما أن شريكه مريض سابق من مرضى العقول. وقد أتاح هذا للباحث فارينا أن يقدر تقديراً سلوكياً تلك الأساليب التي يستجيب بها الناس للأشخاص الذين يعتقدون أنهم مرضى عقليون.

في واحدة من الدراسات (Farina and Ring 1965) كان اهتمام فارينا منصباً على التأثير الذي يحدثه مريض عقلي سابق في زميل مطالب بأن يتفاعل معه تفاعلاً وثيقاً أثناء العمل. وقد طلب إلى المفحوصين من قبل أن يبدأوا العمل معاً أن يكتب كل منهم تاريخاً مختصراً لحياته على قصاصات من الورق وأن يتبادل هذه القصاصات مع زميله. ثم سلم كل واحد منهم قصاصته للمجرب الذي ناول كل قصاصة للشخص الذي ينبغي أن يتسلمها. لكن المجرب كان حريصاً خلال عمليات التسلم والتسليم هذه على أن يستبدل في السر بهذه القصاصات قصاصات أخرى يناولها لنصف المفحوصين، بحيث يجعل كل فرد من عدد من أزواج المفحوصين يظن أن زميله قد قضى من حياته فترة زمنية في المستشفى تحت وطأة الانهيار العصبي. إن أزواج المفحوصين الذين تعرضوا لهذا الاجراء فقد تكونت منهم جماعة الموصومين. وكانت القصاصات التي تسلموها والتي تحمل ملخصاً لتاريخ حياة زملائهم تقول:

«أنت طلبت منا التزام الأمانة، ولهذا أقول: أنا أواجه بعض مشكلات التوافق التي تنبهت لها لأول مرة وأنا طالب في المدرسة الثانوية والتي لاتزال تزعجني كثيراً. أظنني مختلفاً بعض الشيء عن كافة الناس. فإنني أميل إلى أن أنفرد بنفسي، وبالصراحة أقول إنني عديم الأصدقاء. في الدراسة أنا موفق كثيراً (تقديري العام قريب من جيد جداً). أظن أن أكثر الأشياء غرابة بالنسبة لي هو أني أودعت في مؤسسة عقلية بسبب بعض الانهيار العصبي مرتين (كانت الأولى وأنا في السنة النهائية من المرحلة الثانوية، والثانية وأنا طالب في الجامعة). أما عن أهدافي في المستقبل وبعد أن أحصل على شهادتي الجامعية الأولى فهي أن أمضي في طريقي إلى الدراسات العليا». (p. 48)

وقد تعرضت مجموعة أخرى من المفحوصين لنفس الاجراء تقريباً فيما عدا أن القصاصات التي تلخص تاريخ الحياة كانت تخلو بالنسبة لهم من الإشارة إلى الانهيار العصبي، كتب في القصاصات:

«أميل إلى الظن بأني شخص عادي نسبياً، على الأقل أنا خال مما قد تسميه «بالمشاكل». أستمتع بالدراسة الجامعية، ولكني أحب أن أحصل على قدر من الترويح كذلك. أظنني فرداً محبوباً من جماعتي، كما أنني قد خطبت لنفسي إحدى الفتيات وحالتي لا بأس بها (متوسط تقديراتي جيد جداً) في الدراسة. بصراحة لا أستطيع أن أجد في نفسي شيئاً أسميه «غريباً أو غير عادي». وأما عن أهدافي من المستقبل، وبعد أن أحصل على شهادتي الجامعية الأولى، فإنني أخطط للزواج وآمل أن أمضي في شوط الدراسات العليا الجامعية».

وقد تكون من مجموعات الأزواج هذه جماعة «الأسوياء» أو الجماعة

الضابطة. وكانت التجربة تتطلب من أزواج المفحوصين أن يحصلوا على أعلى ما يستطيعون من الدرجات في أداء عمل يقتضي التعاون الوثيق. وكان العمل يتكون من جهاز أشبه بالمتاهة يتضمن كرة من الصلب، وعدداً من الثقوب ومجموعتين من أدوات الضبط، مجموعة تخصص لكل مفحوص. وكانت إدارة أدوات الضبط في انسجام مشترك يؤدي إلى أن تتحرك الكرة خلال المتاهة، وكان الهدف من هذا العمل هو توجيه الكرة إلى أن تمضي إلى أبعد ما يمكن في المتاهة من غير أن تسقط في حفرة معينة. وكانت الدرجة المشتركة للمفحوصين المتعاونين هي متوسط طول المسافة التي قطعتها الكرة في سلسلة من المحاولات. وبعد انتهاء العمل، كان يطلب من كل المفحوصين أن يستجيبوا لاستبيان يسألهم عن إدراكاتهم لشركائهم. وأخيراً أطلعهم المجرب على الغرض الحقيقي من التجربة وعلى السبب فيما أجراه.

كان أداء المجموعات في العمل التجريبي غير عادي ولكنه لم يكن بالأمر غير المتوقع تماماً، ذلك أن الأزواج التي تتألف من «المرضى العقليين السابقين» أي من الشركاء الموصومين، أحسنوا الأداء إلى حد ذي دلالة عن أزواج «الأسوياء». وقد ذهب فارينا في تفسير ذلك إلى أن الاشتراك في عمل من هذا النوع مع شخص يعد مريضاً عقلياً لا ينطوي إلا على قدر ضئيل من التهديد بسبب أن مثل هذا الشخص لا تسمح له مكانته بأن يكون ناقداً لغيره أو بأن ينصب نفسه حكماً على الآخرين. كما يرى فارينا أن الاشتراك مع شخص سوي من شأنه أن يحدث قدراً أكبر من القلق، وأن يؤدي إلى درجة أسوأ من الأداء.

كذلك يستطيع المرء أن يذهب إلى أن الأداء الأحسن الذي صدر عن الجماعة الموصومة قد يرجع إلى أن الشركاء بالغوا في التعويض عما أدركوه من قصور في زملائهم «المضطربين». ومهما يكن السبب في أن أداء المجموعة التجريبية تفوق على أداء الجماعة الأخرى، فقد أوضحت الاستبيانات بما لا يقبل الشك أن الشركاء الموصومين لم يكن يحسن الظن بهم وأنه لم يكن ينظر إليهم نظرة تقوم على التقدير. فقد بين المفحوصون الذين حسبوا أنهم يعملون مع شركاء من مرضى العقول أنهم كانوا يفضلون العمل بمفردهم. كما وصف هؤلاء المفحوصون زملاءهم بأنهم عوامل معوقة تخفض من أدائهم المشترك بدرجة أكبر مما فعل المفحوصون الذين حسبوا أنهم يعملون بالاشتراك مع

أسوياء. وقد حدث هذا على الرغم من أن الأزواج الموصومة كانت أحسن أداء. وبذلك يتضح لنا أن الوصمة المرتبطة بمن سبق له الإصابة بالمرض العقلي تؤدي إلى استجابة اجتماعية سلبية على الرغم من أن السلوك الفعلي للمريض السابق لا يبرر هذا بحال من الأحوال.

وقد توصل فارينا وزملاؤه إلى نتائج مشابهة في دراسات أخرى غير هذه. أي أن المريض العقلي السابق يعامل دائمًا على أساس أنه غير كفء، ولا يعتمد عليه وغير مناسب. وبصفة عامة نقول إن الدليل المستمد من الأبحاث يؤيد بقوة ما يصفه جوفمان في صفحات كتابه «الوصمة»، بحيث يمكن أن ننتهي من ذلك إلى أن ما يجده مريض العقل من سوء الحال في المؤسسات كما ينعكس في المعاملات التي تواجهه في المحاكم والمستشفى العقلي ليست إلا جزءاً من نمط اجتماعي أوسع يقوم على التحقير والرفض.

وعلى الرغم من هذه النتائج نجد أن هناك أمارات توحي بأن بعض الجهود تبذل في سبيل تغيير الأمور. من ذلك أن الرابطة القومية للصحة العقلية The National Association for Mental Health تقوم بحملة كل سنتين الهدف منها إعادة تربية الجمهور في مجال الصحة العقلية. وأن هناك حملات دعائية ترعاها هذه الرابطة الهدف منها مكافحة الخرافات المتصلة بالمرض العقلي التي يصعب على الجمهور التخلي عنها. أضف إلى ذلك أن ميزانيات فيديرالية وأخرى تابعة للولاية تخصص بصفة دورية لتحسين الأوضاع القائمة في المؤسسات الحالية. ولكن التغيرات الأساسية الكبرى التي تحدث الآن إنما تتضمنها حركة الصحة العقلية في البيئة المحلية.

الصحة العقلية في البيئة المحلية:

تعود البدايات الرسمية لحركة الصحة العقلية في البيئة المحلية إلى تقرير نشرته اللجنة المشتركة للمرض العقلي والصحة العقلية. وقد وزع هذا التقرير بعنوان: «تقرير الصحة العقلية» Action for Mental Health, 1961 الذي تضمن توصيات جارفة بشأن مستقبل رعاية مرضى العقول. وكان من بين الموضوعات التي تناولها التقرير إنشاء مستشفيات كبيرة للأمراض العقلية تابعة للولاية، ومراكز علاجية تنشئها البيئة المحلية، ونقص العاملين في مجال الصحة العقلية.

وفي «تقرير الصحة العقلية»، تعرضت المؤسسات العقلية الكبيرة التي يوضع المرضى فيها موضع الحفظ والحراسة للدراسة الطويلة المستأنية؛ وكانت النتيجة التوصية بإلغائها. كذلك دعا التقرير إلى تحويل المؤسسات القائمة إلى مراكز للعلاج المتعمق وإلى محاربة إنشاء أي مستشفى جديد من المستشفيات التابعة للولاية التي تزيد سعتها عن ألف سرير. كما نصح التقرير الجهات المحلية بإنشاء وحدات للطب العقلي ملحقة بالمستشفيات العامة، ورؤي أن يكون الهدف من هذه الوحدات تقديم العلاج المتعمق والإيداع قصير المدى في المستشفى لسكان الجهة المحلية.

والتقرير يحض بشدة كذلك على الإكثار من إنشاء مراكز البيئة المحلية للصحة العقلية. وهذه المراكز تقام بهدف تقديم العلاج للمرضى المقيمين بها والمترددين عليها من غير المقيمين، أي بتقديم العلاج للأفراد المضطربين من غير أن نضطرهم إلى مبارحة بيئاتهم العادية. وبذلك يعفى المرضى من المضايقات والآثار السيئة التي تترتب على الإقامة الطويلة في مؤسسات عقلية كبيرة. ولو أننا تذكرنا كيف أنه من السهل على المرضى أن ينزلقوا إلى أنماط السلوك الناشئة عن الإيداع الطويل بالمؤسسات لتبين لنا شدة أهمية هذا الأمر.

إن من بين المزايا الرئيسية للعلاج المستقر في البيئة المحلية أنه يسمح للمريض بالاحتفاظ بعلاقاته بالناس من أبناء الجهة المحلية الذين يعملون عادة بوصفهم قائمين على الرعاية والعناية ـ من أمثال الأطباء والمدرسين والقساوسة وغير أولئك من الناس الذين يقدمون في أكثر الأحيان مساندة عظيمة القيمة في أوقات الشدة. ولذلك كان من الممكن للاحتفاظ بالشخص المضطرب في محيطه الاجتماعي الأصلي أن يؤدي دوراً هاماً في عملية الشفاء. كذلك نجد منحى البيئة المحلية يتيح استخدام التقنيات العلاجية الجديدة نسبياً من قبيل العلاج الأسري والعلاج الزواجي التي يتوقف نجاحها على الاشتراك الإيجابي من جانب أعضاء الأسرة.

ومن الحقائق المؤسفة التي كشف عنها تقرير اللجنة المشتركة ما يتصل بقضية قوة العمل في مجال الصحة العقلية. فقد أشار التقرير إلى نقص خطير في عدد الفنيين المتخصصين في الصحة العقلية القائمين بالعمل حالياً، كما بين أن الأمور سوف تزيد سوءاً عن ذلك، ولعله يجمل بنا قبل أن نتدبر توصيات

اللجنة أن نرسم صورة مختصرة سريعة عن هؤلاء الفنيين المتخصصين من حيث تخصصاتهم وما يقومون به من أعمال.

أما «**الإخصائي النفسي الإكلينيكي**» فيختص بالعمل مع مرضى العقول. وتدريبه يتضمن فترة من الدراسات العليا في الجامعة تتراوح بين أربع سنوات أو خمس تنتهي بالحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة. وهو يتلقى خلال دراساته العليا قاعدة عريضة من النظريات والأبحاث السيكولوجية مع التعرض للعمل الإكلينيكي. وأما خبرته العملية بمرضى العقول فيكتسبها خلال سلسلة من الأعمال لبعض الوقت في المجال الإكلينيكي تنتهي بسنة كاملة من الإقامة للتدريب (أو الامتياز internship) في مستشفى للأمراض العقلية. ومعظم المختصين النفسيين الإكلينيكيين يعملون بعد التخرج في مجالات يتوزع فيها وقتهم بين العمل في التشخيص النفسي (إجراء الاختبارات وتفسيرها) والعمل في العلاج النفسي. كذلك يشتغل عدد كبير منهم في المجالات الأكاديمية حيث يقضون وقتهم بصفة أساسية في التدريس والأبحاث.

وأما **طبيب الأمراض العقلية** فإنه على خلاف ذلك طبيب قضى أربع سنوات في كلية للطب، ثم أنهى بوصفه طبيباً مقيماً فترة ثلاث سنوات في مجال عمل الطب العقلي. وخلال سنوات الاقامة هذه التي تشبه من نواح كثيرة فترة الامتياز بالنسبة للإخصائي النفسي الإكلينيكي، يكتسب طبيب الأمراض العقلية مهارات إكلينيكية على يدي من هم أكثر منه خبرة ودربة. ومعظم أطباء الأمراض العقلية بعد أن تنتهي فترة تدريبهم يقضون الجانب الأكبر من أوقاتهم في تقديم العلاج إما في مجالات إكلينيكية أو في عياداتهم الخاصة. كما أن بعض من يعملون في مجال المؤسسات يشغلون مناصب إدارية كذلك. على أن من بين الفروق الرئيسية بين الإخصائيين النفسيين وأطباء الأمراض العقلية هو أن الأخيرين يملكون، بوصفهم أطباء، أن يوصوا بتناول عقاقير معينة. أما في أعمالهم الإكلينيكية الأخرى فإنهم متشابهون إلى حد بعيد.

وأما الإخصائيون بالخدمة الاجتماعية الطِبّعَقْلية (السيكياترية) فإنهم يتعلمون في مدارس الخدمة الاجتماعية ويدرسون منهجاً يكون التركيز فيه على العمل مع مرضى العقول. والتدريب في الخدمة الاجتماعية ـ يتضمن في العادة سنتين كاملتين من الدراسات العليا تنتهي بالحصول على درجة الماجستير في

العمل الاجتماعي (.M. S. W). إن جزءاً هاماً من هذه الفترة ينقضي في العمل الاجتماعي لبحث حالة المرضى تمهيداً لقبولهم للعلاج تحت إشراف الأساتذة ليكتسب الطالب من جراء ذلك خبرة إكلينيكية. ثم إن الإخصائيين بالعمل الاجتماعي الطِبّعَقْلي (السيكياتري) يشغلون بعد تخرجهم وظائف في مؤسسات مختلفة للصحة العقلية من قبيل المستشفيات وعيادات الجهات المحلية. وعلى الرغم من أن كثيراً منهم يعملون مع المرضى الأفراد، إلا أن معظمهم يميلون إلى التركيز على مساعدة أسر المرض وفي تنمية موارد البيئة المحلية. كما أن المختصين بالعمل الاجتماعي الطِبّعَقْلي (السيكياتري) يقومون بدرجة أكبر مما يفعل أطباء الأمراض العقلية والإخصائيون النفسيون، بعقد الصلة بين مريض العقل وبيئته المحلية.

وهكذا يتضح من هذا الاستعراض السريع أن تدريب الإخصائيين بالصحة العقلية يستغرق عدة سنوات ويتضمن قدراً أساسياً من الإشراف الشخصي. كما أن عدد من يتخرجون في برامج التدريب الفني المتخصص لا يفي بحاجات الأمة في مجال الصحة العقلية. بل إننا لو استوعبنا في برامج التدريب عدداً أكبر من المتقدمين وأسرعنا كذلك في إعدادهم وتدريبهم، لظلت حاجتنا إليهم أكبر مع ذلك من الأعداد المتاحة لدينا منهم. ولما أخذت اللجنة هذا الأمر بعين الاعتبار تقدمت بتوصية تقوم على تدريب **مرشدي الصحة العقلية** الذين هم جماعة من العاملين الذين نستمدهم من البيئة المحلية والذين يمكنهم أن يزودوا مريض العقل بالخدمات المباشرة.

على أن فكرة استخدام مرشدي الصحة العقلية في علاج الأفراد المضطربين ترتكز على افتراض مؤداه أن ما نسميه بالمرض النفسي إنما يمثل في حقيقة الأمر أساليب غير توافقية من التعامل مع المواقف المتعبة المشكلة، بحيث يصبح السلوك المنحرف بحسب هذا الرأي نتيجة للأساليب التي يستجيب بها الناس لضغوط الموقف أكثر منه نتيجة لصراع نفسي ظل قائمًا لفترة طويلة. وفي هذه الظروف، لا يكون الناس دائمًا بحاجة إلى السيكياتري أو السيكولوجي، أو قل إنهم لا يملكون الاستفادة من خدماته.

وقد بدأت، في الفترة التي أعقبت نشر تقرير اللجنة المشتركة، عدة برامج لتدريب مرشدي الصحة العقلية. وكان من أوائل هذه المشروعات ذلك

البرنامج الذي أخذت مارجريت رايوك Margaret Rioch (1967) تعلم فيه ربات البيوت غير ذوات الخبرة أن يقوموا بعمل المعالجين النفسيين من ذوي الخبرة. فقد أدركت رايوك أن النساء مصدر من أكبر مصادر القوى العاملة في الولايات المتحدة التي لم يستفد منها كما ينبغي بعد، ولذلك تخيرت من ربات البيوت الناضجات عدداً من الشخصيات لبرنامجها التدريبي. وكانت حجتها في ذلك أن أمثال هؤلاء النسوة قد يكن أنسب من يصلح للقيام بأدوار العلاج النفسي بسبب ما سبق لهم أن حصلوه من كنوز الخبرات الاجتماعية خلال تنشئتهم ورعايتهم لأسراهم. تقول رايوك: «فلو أنهن كن قد عشن بعيون متفتحة، لكن قد حصلن ما يحصله المرء من خبرة إذا هو درس عدة مقررات في تطوير نمو الطفل، إن لم نقل شيئاً عن ديناميات الأسرة ومشكلات المراهقة»
(1967, p. 11)

وبرعاية المعهد القومي للصحة العقلية، اختيرت مجموعة منتقاة من ربات البيوت للالتحقاق ببرنامج تدريبي لمدة سنتين. في خلال هذه الفترة قامت ربات البيوت بملاحظة جلسات العلاج الفردي والعلاج الأسري، وحضرن مناقشات للحالات كما تدربن على العلاج النفسي تحت إشراف من الإخصائيين الفنيين المدربين. وبعد أن اكتمل تدريبهن، التحقت المشتركات في المشروع بالعمل في مراكز الصحة العقلية بالجهات المحلية.

ثم أجريت دراسة تتبعية بعد أربع سنوات تبين فيها أن كل الطالبات كن لا زلن يشغلن وظائفهن. كما يتضح أن تقدير رؤسائهن وزملائهن لهن كان إيجابياً من حيث اشتغالهن بالعلاج النفسي مع المشكلين من المراهقين والراشدين. ولذلك نقول إن مشروع رايوك الرائد يدلل على أنه بالإمكان تدريب مرشدي الصحة العقلية في فترات قصيرة نسبياً من الزمن وأنه يمكن أن يحظى باحترام ملحوظ من المهنيين المتخصصين.

ولكننا مع ذلك لا نستطيع أن نستنتج على أساس من مشروع رايوك أن كل مرشدي الصحة العقلية في حاجة إلى التدريب المتعمق حتى يمكنهم العمل بكفاءة. فقد استطاع بعض طلاب جامعة هارفارد وجامعة برانديز من غير المتدربين أن يحققوا، في مشروع مختلف بعض الاختلاف عن مشروع رايوك، نتائج ذات دلالة في العمل مع عدد من الفصاميين المضطربين من نزلاء العنابر

الخلفية ممن كانوا يعدون غير قابلين للشفاء. وقد تضمن هذا البرنامج عنصرين رئيسيين. أما الأول فكان يتضمن عدداً من الطلاب يعملون في صورة جمعية لإصلاح برامج الترويح بالعنبر. وأما الثاني فكان يقتضي من الطلاب أن يعملوا مع المرضى الأفراد في علاقة إرشادية تتضمن واحداً من الطلاب وواحداً من المرضى. إن هدف البرنامج كان تحسين المهارات الاجتماعية عند المرضى بإشراكهم في علاقات اجتماعية وثيقة وبإحياء اهتماماتهم بالبيئة.

على أن المرضى لم يحسنوا استقبال الطلاب أول الأمر، وإنما التزموا جانب التشكك والتحفظ. كما ساء الممرضين أن يجدوا عدداً من الأفراد غير ذوي الخبرة يقومون بشغل أماكنهم. وقد زاد هذا من المخاوف الخفية عند الطلاب ووضع أمامهم عراقيل بدا من غير الممكن تخطيها. ولكن الطلاب مع ذلك عملوا في جد حتى يتغلبوا على هذه العقبات وحتى انتهى بهم الأمر إلى إحراز نتائج مشجعة. لم يقتصر الأمر على تحسن عدد من المرضى، بل إن بعضهم تمكن من أن يبارح المستشفى. ولعل عبارة أطلقتها إحدى المريضات التي سمح لها بمبارحة المستشفى بعد أن قضت خمس سنوات في عنبر المرضى المزمنين، لعلها تصور لنا أثر هذا البرنامج. قالت المريضة وهي تخاطب واحداً من الطلاب المتطوعين: «إن ما فعلته من أجلي هو أنك عاملتني بوصفي إنساناً، بوصفي شخصاً تود أن تتخذ منه صديقاً، شخصاً يمكنك أن تحبه»

(Action for Mental Health, 1961, p. 92 — 93)

وقد قامت مشروعات شبيهة بهذا المشروع في ظروف أخرى (Holzverg et al., 1967) وانتهت إلى نتائج مما يوحي بأن مجتمع الطلاب يمكن أن يغني إلى حد ما عن نقص القوة العاملة في مجال الصحة العقلية. ولذلك كان علينا ألا نقتصر في تفكيرنا على هؤلاء الطلاب الذين سوف ينتهي الأمر بهم إلى العمل في الصحة العقلية بعد التخرج، وإنما ينبغي لنا أن نفكر كذلك في الطلاب الذين يمكنهم العمل بعض الوقت بوصفهم مرشدين للصحة العقلية، وهم لايزالون بعد في مرحلة الدراسة. لقد منح ستة عشر ألف من الطلاب درجة البكالوريوس في علم النفس في سنة ١٩٦٧، كما يقدر أن ربع مليون من الطلاب سوف يكونون قد حصلوا على هذا المؤهل بحلول سنة ١٩٧٦ زيادة على هؤلاء. أضف إلى ذلك أن هناك ما يقرب من سبعة ملايين طالب مقيدين

للدراسة بمرحلة التعليم العالي. وفي ميسور نسبة صغيرة من هؤلاء الطلاب إذا تم إعدادهم بدرجة متوسطة أن يسدوا جزءاً هاماً من حاجة المجتمع إلى من يعمل مع مرضى العقول من نزلاء مؤسسات الإيداع.

وجملة القول أن حركة الصحة العقلية في البيئة المحلية تبشر بالخير في المستقبل على ما يبدو. وعلى الرغم مما يقام من البرامج المبتكرة، إلا أن الظروف والأحوال لا تتغير بين يوم وليلة، كما أن المؤسسات الكبرى التابعة للولايات لاتزال قائمة والمرضى لايزالون يرزحون في العنابر الخلفية. كذلك لايزال قطاع كبير من المجتمع ينظر إلى مريض العقل نظرة ملؤها الخوف والارتباك. ولكننا مع ذلك نتوقع أن بعض التطورات التي وصفناها سوف تعمل في آخر الأمر على القضاء على كثير من هذه الممارسات وما ترتكز عليه من اتجاهات.

الفصل الخامس

العلاج النفسي

علاج السلوك المرضي مهمة معقدة يمكن أن نتأتى لها بوسائل كثيرة مختلفة. أما بعض الوسائل فتتضمن طرقاً بيولوجية كثير منها سبق وصفه في الفصل الأخير. فالعلاج النفسي بالجراحة، والعلاج بالصدمات، والعلاج الكيميائي إنما« هي أساليب تقوم على أساس الاعتقاد بأن التغيرات الجسمية أو البيوكيميائية (الكيميائية الحيوية) التي تحدث في الجسم يمكن أن تؤدي إلى تغيرات دائمة في سلوك المريض. وأما الوسائل النفسية فهي على خلاف ذلك ترتكز على الافتراض القائل بأن التغير الذي يكون له معناه إنما يتحقق على أحسن وجه من خلال التعلم، وهذه المناهج في العلاج يشار إليها بالعلاج النفسي.

ومصطلح «العلاج النفسي»، وإن كان واسع الانتشار، فهو من الألفاظ التي يساء فهمها بدرجة أكبر مما عداها. ولعل هذا يرجع، إلى حد ما، إلى أننا لا نجد عملية واحدة للعلاج النفسي، وإنما نجد عدة أنواع من العلاج النفسي

بينها من أوجه الاختلاف قدر أكبر مما بينها من أوجه التشابه. كذلك مما يؤدي إلى الخلط والاضطراب أن معنى العلاج النفسي في تغير دائم. ففي الماضي لم يكن يستخدم المصطلح إلا للدلالة على تفاعلات طويلة المدى نوعاً ما، تفاعلات تجري بين شخص مضطرب وشخص آخر متخصص في مهنته تخصصاً يعد له إعداداً دقيقاً. أما اليوم فإن المصطلح يستخدم للدلالة على طائفة متنوعة من التفاعلات (طويلة المدى، وقصيرة المدى، تخصصية وغير تخصصية) تلعب فيها المساندة وإسداء النصح وغير ذلك من صور المساعدة الدور الرئيسي.

ونحن في هذا الفصل نستعرض بعض الصور الرئيسية للعلاج النفسي، كما نتفحص التغيرات التي تجري في هذا الميدان. كذلك سوف نبين، كلما كان ذلك ميسوراً، كيف أن المناهج المختلفة للعلاج ترتبط بمفاهيم مختلفة عن المرض النفسي. وسنتناول هذه المناهج المتعددة للعلاج من حيث هي، أولاً، مناهج فردية، ثم من حيث هي مناهج جماعية (بما في ذلك مناهج البيئة المحلية).

مناهج فردية

العلاج النفسي الفردي يتضمن تحالفاً فريداً بين فرد مضطرب وفرد آخر متخصص في السلوك الشاذ والعلاقات الإنسانية. وهذا الطابع الفريد إنما يكمن فيما تتميز به العلاقة بين المعالج وعميله من خاصية وظيفية. ذلك أن العلاج النفسي يختلف عن غيره من الارتباطات المهنية كالتي تقوم بين المحامي وعمليه، أو بين الطبيب ومريضه، وما إليها، في أنه يستخدم هذه العلاقة ذاتها بمثابة الأداة الأولى للتغير.

ولأن العلاقات الإنسانية على درجة فائقة من التعقيد والتغير نجد أن بعض أنواع العلاج النفسي يستغرق عدة سنوات على حين أن بعضها الآخر يحقق ما تهدف إليه في شهور بل في أسابيع. على أن طول فترة العلاج يتوقف إلى حد كبير على فداحة الاضطراب من ناحية، وعلى أهداف العلاج من ناحية أخرى. وهذه الأهداف كثيراً ما تنحصر في إزالة العرض أو الانتقاص من القلق، كما قد تتضمن بالإضافة إلى ذلك إعادة تنظيم الشخصية بصفة كاملة، وعندئذٍ يصبح العلاج النفسي مهمة تنطوي على قدر أكبر من الطموح. ثم إن أكثر أنواع العلاج النفسي تهدف في آخر الأمر إلى تحقيق نوع ما من التغير

الهادف في السلوك، وإن اختلفت فيما بينها من حيث الهدف الذي يسعى إليه العلاج، ذلك أن قدرة المريض على أن يعدل من معتقداته المشوهة أو على أن يزداد فهمًا لصراعاته لن يكون لها معنى يذكر إذا ظل عاجزاً عن تغيير سلوكه ليصبح وجوده وتصبح حياته أقل إيلاماً وأكثر إشباعاً.

ومن بين الأنظمة الكثيرة المختلفة من العلاج النفسي الفردي[١] عدد من الأساليب التي تحاول تغيير السلوك بأن تبدأ بمساعدة المريض على أن يرى نفسه والعالم في ضوء جديد. وفي هذه المناهج يكون التأكيد على التغيير في الشخصية، كما يلعب الاستبصار والعلاقة بين المريض والمعالج دوراً هاماً في عملية التغير. لكن هناك عدداً آخر من هذه الأساليب تؤكد على إزالة العرض أو تغيير أنواع أخرى من السلوك المحسوس. وفي هذه الأساليب الأخيرة نجد أن نظرة المريض إلى نفسه وعلاقته بالمعالج قد أخذا ينحسران إلى الخلف على حين أن التأكيد يتحول إلى تعديل العادات غير التوافقية. أما المجموعة الأولى من أنواع العلاج فيمثلها التحليل النفسي في هذا الفصل، على حين يمثل العلاج السلوكي أنواع العلاج من المجموعة الثانية.

التحليل النفسي Psychoanalysis:

تمتد جذور منهج التحليل النفسي في العلاج إلى الجهود التي بذلها فرويد Freud وبرويير Breuer في علاج الهستيريا بالتنويم المغناطيسي. رأى فرويد وبرويير - وقد تركز انتباههما في المرضى النفسيين - أن الأعراض ترتبط بذكريات صادمة مبكرة، ذكريات وإن كانت قد صارت لاشعورية إلا أنها لاتزال مع ذلك ذات تأثير في حياة المريض. وعند فرويد وبرويير أن بعض الخبرات الأليمة في الطفولة تنتحي إلى اللاشعور من خلال عملية عقلية معقدة تسمى الكبت repression. وهذه الخبرات وإن كانت ترقد بوصفها ذكريات خبيئة في أعمق أعماق الذهن إلا أنها تكشف عن نفسها بصورة رمزية من خلال الأعراض. ولذلك فالعلاج ينحصر إلى حد كبير في استخدام التنويم المغناطيسي للكشف عن الذكريات اللاشعورية ليتمكن المريض من أن يعبر كل التعبير عن الانفعال

---

(١) يقدم كتاب بعنوان التحليل النفسي والعلاج النفسي (Harper, 1959) قائمة تضم ستة وثلاثين نظاماً مختلفاً ثلثاها نظم للعلاج الفردي.

الشديد المرتبط بالصدمة الأصلية. وهذه العملية التي تدعى **بالتطهير الانفعالي** Catharsis تمثل المحاولة الأولى المنظمة لعلاج الأعراض عن طريق الوسائل النفسية كما أنها كانت بداية لعصر العلاج النفسي.

على أن التعاون بين فرويد وبرويير، وإن كان قد نجح ووفق في بادىء الأمر، لم يلبث أن أدى إلى خلافات خطيرة. من هذه الخلافات ما يتصل بطبيعة الذكريات المكبوتة عند المريض. إذ أصر فرويد على أن الذكريات اللاشعورية للمريض تنبع أساساً من الخبرات الجنسية المبكرة، الأمر الذي عارضه برويير معارضة شديدة. كما تركزت ناحية أخرى من نواحي الخلاف حول استخدام التنويم المغناطيسي، عندما وجد فرويد أنه لا يمكن أن يدفع بالمرضى جميعاً إلى حالة من النوم الصناعي العميق ولذلك أراد أن يتخلى عن هذه الوسيلة. ونتيجة لهذه الأمور وغيرها من الخلافات انحلت الشركة العملية التي كانت قائمة بين فرويد وبرويير.

وفي السنوات التالية حدثت عدة تغيرات في نظرية فرويد وفي ممارسته للعلاج عن طريق التحليل النفسي. من ذلك على سبيل المثال أن التنويم المغناطيسي أصبح يستخدم بدرجة أقل كثيراً عن ذي قبل، ثم عاد فرويد فتخلى عنه تماماً آخر الأمر واستبدل به **التداعي الحر**، وهو أسلوب فني يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شيء يمر بذهنه مهما بدا هذا الشيء غير منطقي. كانت التعليمات توجه إلى المريض بالاستلقاء على الأريكة في وضع الاسترخاء على أن يكون المعالج خارج مجاله البصري، وبأن يتحدث عما سلف من ذكرياته وأحلامه، بل وأجزاء الكلمات بغض النظر عما إذا كانت تبدو له تافهة أو محرجة. كما كانت القاعدة الأساسية في العلاج تتطلب من المريض أن يكون على درجة مطلقة من الأمانة مع معالجه. وكان ينظر إلى المادة التي تتولد عن اتباع هذا المنهج على أنها مساوية لنوع المادة التي يكشف عنها التنويم المغناطيسي، وان كانت الأولى لا تظهر إلا بدرجة أكبر من البطء.

وبالإضافة إلى التحول عن التنويم المغناطيسي إلى التداعي الحر، تحول إنتباه فرويد من الصدمات الماضية إلى عدد من التطورات غير العادية التي بدا أنها تحدث بانتظام في العلاقة بين المريض والمعالج. فقد لاحظ فرويد بالنسبة لمجرى العلاج أن عدداً كبيراً من المرضى يبدو عليهم أنهم فقدوا الاهتمام

بمرضهم وأنه نشأ لديه اهتمام شخصي بالمعالج. كذلك تبين أن هذا التطور يزيد عن أن يكون خاصية غريبة تتعلق ببعض الأفراد من المرضى، ولذلك استنتج فرويد أنه قد اهتدى إلى السر في التغير الذي يحدثه العلاج. وقد أطلق فرويد على هذا التطور **عصاب التحول** Transference Neurosis، كما رأى في العلاج عن طريق التحليل النفسي شيئاً مرادفاً إلى حد كبير - لنشأة هذا «المرض» الفريد ثم انحساره.

وعصاب التحول يتضمن عدداً من الاستجابات التلقائية العدوانية أو الشبقية التي تظهر خلال مجرى العلاج والتي تمثل اصطباغ العلاج النفسي بالصبغة الشخصية للمريض. ذلك أنه يحدث عند مرحلة معينة من عملية العلاج أن عدداً من المشاعر شديدة القوة تبدأ تظهر نحو المعالج عند المريض الذي يفترض أن المعالج بدوره يخبر في نفسه مشاعر مشابهة. لكن الفحص الدقيق لسلوك المعالج يكشف لنا أن افتراضات المريض لا أساس لها في الواقع؛ فهي افتراضات غير صحيحة.

على أن هذه التطورات غير العادية يمكن أن تفهم على أحسن وجه إذا نحن تذكرنا أن نظرية التحليل النفسي تصور سلوك الإنسان بشكل عام على أنه نوع من التزايد الدوري للتوتر ثم التخفف من التوتر المرتبط بالتعبير عن الاندفاعات. لكن تصريف الطاقة المرتبط بالتعبير عن الاندفاعات الجنسية والعدوانية قد يعترض سبيله بعض العوائق أحياناً، لأسباب سبق بيانها في الفصل الأول، الأمر الذي كثيراً ما يؤدي إلى نشأة الأعراض العصابية. إن هذه الأعراض هي بمثابة محاولة من جانب المريض لتصريف الطاقة المرتبطة بالاندفاع كما تكون في الوقت عينه نوعاً من التمويه لمصدر هذا الاندفاع.

وكما أن الطاقة يمكن أن ترتبط بجزء من الجسم (وذلك كما يحدث في العرض الهستيري)، أو أن تودع في موضوع خارجي (كما هو الحال في الخُواف)، نجد أنها يمكن أن تودع في شخص آخر على نفس النسق، يكون هو شخص المحلل أثناء العلاج بالتحليل النفسي. ذلك أننا نجد الطاقة التي كانت متبدية في العرض العصابي قد تحولت خلال العلاج وتوجهت إلى المحلل؛ ومن هنا جاء مصطلح «عصاب التحول» لوصف ذلك السلوك غير الملائم من جانب المريض خلال مجرى العلاج. أي أن الاضطراب النفسي الداخلي قد تبدل فصار

نوعاً من الاضطراب النفسي الاجتماعي، مؤدياً بذلك إلى مرض اصطناعي يمكن أن نتعامل معه في العلاج بدرجة أكبر من الكفاءة. عصاب التحول، إذن، يمثل محاولة من جانب المريض لإشباع اندفاعاته، كما يتيح للمعالج الفرصة لكي يقوم بالملاحظة المباشرة للطرق التي كان المريض يتناول بها أنواع الإحباط المبكرة التي واجهها.

ولأن الإحباطات التي كان المريض قد واجهها مبكراً في حياته، قد وقعت في غمار التفاعلات الشديدة بينه وبين والده، كان من غير العجيب أن نجد المريض وقد وضع المعالج بطريقة لاشعورية في دور الشخصية الأبوية. وتكون النتيجة عندئذٍ إعادة لنوع عتيق ولكنه قوي من الدراما يلعب فيها المعالج بطريقة رمزية دور الأب صاحب السلطان. وفي الفقرة التالية المقتطفة من جلسة علاج بالتحليل النفسي مثال على عصاب التحول. في هذه الجلسة كانت الحالة امرأة ذات ميول جنسية مثلية قوية تروي أخيلة عن شخصية غامضة ترجو أن تذهب إلى الفراش معها. وسيجد القارىء أن بعضاً من أفكار المعالج التي لم ينطق بها قد وضعت بين أقواس.

الحالة	: ثم أفكر عندئذٍ فيما ينبغي أن يكون لهذا الرجل من ملامح. من ناحية الكتفين، هكذا تقريباً ـ وهذا هو أنت. الآن فقط أدركت. إنك أنت الرجل. لقد ظلت تراودني هذه الأفكار منذ أن بدأت آتي إلى هنا، أفكار جنسية.
المعالج	الرجل هو أنا؟
الحالة	: نعم.
المعالج	: م م هـ م م
الحالة	: أخبر، أخبر الآن تلك المشاعر الجنسية التي ستودي بي إلى الجنون. أقسم بالله أني لم أكن أحسب أن في ميسوري أن أقول ذلك.
المعالج	: أنه لم يكن في ميسورك أن تقولي ذلك لي؟
الحالة	: لا، لا. حسناً، ولكني هأنذا فعلت. ولكني قدرت، «حسناً، ربما لم يكن الأمر كذلك. ربما كان الأمر مجرد هراء». ولكني كلما ازددت تفكيراً، تبينت أنه أنت. حاولت أن أبعد هذا عن ذهني، ولكنه صحيح.
المعالج	: لعل هذا هو السبب فيما شعرت به من الضيق.
الحالة	: لعله كذلك. ولكنه تفكير مفزع أنني استطيع أن أفكر كذلك. أذكر أني رأيت بابا بدون ملابسه. لقد بدا قضيبه ضخماً.

أشعر بإحساس غريب. إحساس منفرومثيرمعاً. بالضبط كما أشعر نحوك. أحاول ألا أفكر في الأمر. (من الواضح أن مشاعرها نحوي اسقاطات لمشاعرها نحو أبيها).

المعالج : ماذا عن مشاعرك الجنسية نحو الرجال؟

الحالة : صفر. هذا هو السبب في أنه من العجيب أن أشعر هكذا نحوك. يسبب لي الضيق أني أفكر في هذا. (ربما كانت الحاجة إلى كبت اندفاعاتها المحارمية السبب في كف مشاعرها الجنسية نحو الرجال جميعاً).

المعالج : لعلك تشعرين أن من الخطأ أن تخبري مشاعر جنسية نحو الرجال؟

الحالة : ليست عندي مشاعر هذا الأمر وكفى. لعل الأمر أكثر أماناً على هذا النحو.

المعالج : لعله أكثر أماناً أن تخبري المشاعر الجنسية نحو النساء، لأنه ليس من المأمون أن تخبري المشاعر الجنسية نحو الرجال؟ (تفسير لجنسيتها المثلية).

الحالة : بالقطع (Wolberg, 1954, p. 408 — 9)

نستطيع هنا أن نرى المريضة تحاول أولاً أن تتعامل مع اندفاعاتها الجنسية القوية بأن تلقي بها بطريقة لاشعورية على المحلل. ولكن تداعياتها تقودها إلى تدبر استجابة مشابهة من طفولتها نحو أبيها، استجابة كان مدلولها قد تعرض للكبت. ثم يواصل المحلل متابعة هذا بتفسير نفورها من الرجال كامر مشتق من رغبة محرمية.

وبانحلال عصاب التحول تسيطر المريضة على التوقعات غير المعقولة التي نبتت في مجرى العلاج. فمن خلال التفسيرات المتتالية يبين المعالج للمريضة أن سلوك التحول لا يمثل إلا استجابات شبحية (طيفية) Phantom responses تضرب بجذورها إلى الماضي المنسي. ووصول المريضة في آخر الأمر إلى تقدير هذا وإدراكه هو ما يعنيه مصطلح **الاستبصار** insight.

لكن الإتمام الموفق للعلاج يتطلب مع ذلك من المريض لا أن يقتصر على إدراك الارتباطات المعقدة بين الصراعات التي خبرها في طفولته وسلوكه أثناء العلاج، بل ويتطلب كذلك من المريض أن يفهم كيف أن الأمر يتصل كذلك بعلاقاته الحالية في مرحلة الرشد. عليه أن يتمكن من إدراك كيف أن مشكلاته الجنسية الحالية مع زوجته، مثلاً، مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمشاعر جنسية مشابهة كان يخبرها نحو أمه، مشاعر ظلت مكبوتة عدة سنوات. ينبغي له أن يدرك أن

نوبات القلق الحالية التي يخبرها إزاء الشخصيات ذات السلطان إنما تنبع من مشاعر كان يخبرها نحو أبيه ثم تعرضت للكبت. لكن هذه العملية التي تعرف باسم **المواجهة** Working through تستغرق عدة سنوات في بعض الأحيان لإنجازها. ولكنها إذا أُنجزت تؤدي بالمريض، فيما يفترض، إلى أن تزداد قدرته على أن يتناول اندفاعاته بطريقة واقعية معقولة، وإلى أن يوفق في إشباع حاجاته الاجتماعية، وإلى أن يحيا حياة أكثر إنتاجية.

ان مصطلح «التحليل النفسي» كثيراً ما يختلط بمصطلح «العلاج النفسي». لكن التحليل النفسي لا يعدو أن يكون نوعاً من أنواع العلاج النفسي، أو لعله أكثر هذه الأنواع تخصصاً. ذلك أن العلاج بالتحليل النفسي يتطلب أربع جلسات أو خمساً كل أسبوع، ويمتد فترة تتراوح بين سنتين وخمس سنوات. هو إذن عملية تستنفد كثيراً من الوقت والنفقة، ولا يمكن أن يفيد منه إلا قطاع محدود جداً من الناس. أضف إلى ذلك أن المحللين النفسيين نسبة ضئيلة جداً ممن يمارسون العلاج. لذلك فإن معظم العلاج النفسي المعاصر والذي يستند إلى مبادىء فرويد يقع في ذلك الصنف من العلاج الذي يسمى **بالعلاج التحليلي** Analytic therapy.

والعلاج التحليلي يختلف عن التحليل النفسي التقليدي أو الكلاسيكي من عدة نواح مهمة، ولعل أكثرها أهمية هو المآل الذي ينتهي إليه عصاب التحول. فالعلاج التحليلي يثبط عصاب التحول، بل ويعمل على استبعاده تماماً بوصفه وسيلة للتغير العلاجي. كما أن اعتماد المريض على محلله، ذلك الاعتماد الذي يكمن وراء نشأة عصاب التحول في التحليل النفسي، ينخفض إلى أدنى الدرجات في العلاج التحليلي عن طريق تخفيض عدد الجلسات من خمس في الأسبوع إلى جلسة أو جلستين فقط، وعن طريق الاستغناء عن الأريكة والتداعي الحر في مقابل المناقشة أثناء المقابلة وجهاً لوجه. أضف إلى ذلك أن المعالج في العلاج التحليلي يكون أكثر إيجابية وأكثر مشاركة في الحديث. وفي هذا يختلف العلاج التحليلي عن التحليل النفسي التقليدي أو الكلاسيكي حيث يظل المعالج - عن عمد - غامضاً لا يتخذ جانباً أو رأياً معيناً واضحاً، وذلك لكي يجعل من نفسه «ستارة بيضاء» يستطيع المريض أن يسقط عليها أخيلته الطفلية.

وإذا كان التحليل النفسي يدور حول انحلال صراعات الطفولة عندما تنشأ في عصاب التحول، فإن العلاج التحليلي على خلاف ذلك يركـز على المشكلات المحسوسة التي تفسد حياة المريض حالياً وذلك بتحليل المشكلات الراهنة بدلاً من تحليل العلاقة العلاجية. من ذلك، مثلاً، أن العلاج التحليلي ينفق قدراً أكبر من الوقت في دراسة الأساليب البديلة التي يستطيع المريض أن يتعامل بها مع زوجه أو رئيسه، وذلك بدلاً من أن يغوص إلى الماضي. ولذلك وجدنا العلاج التحليلي يستغرق في العادة فترة أقصر من الزمن، كما أنه أكثر التفاتاً إلى المشاكل، وأقل اهتماماً بالأمور النفسية الداخلية.

وعلى الرغم من أن التحليل النفسي والأنواع المتفرعة عنه تختلف فيما بينها من حيث أسلوب العلاج، إلا أنها تشترك فيما بينها في أنها تتطلب مريضاً متعاوناً متحدثاً، عنده الرغبة في أن يتعاون مع المعالج في مشروع مليء بالعناء من أجل الوصول إلى فوائد مستقبلة لا يمكن رؤيتها إلا في غموض. ومن أجل هذه الأسباب كان منهج التحليل النفسي غـير مناسب تقـريباً للمـرضى العقليين خصوصاً الفصاميين منهم. فـإن الفصاميـين تنقصهم القدرة عـلى أن يلزموا أنفسهم بما تتطلبه عملية تفحص الذات، التي هي عملية مؤلمة، من الارتباط لفترة طويلة ومن وجود دوافع قوية. والأساليب الأخرى، التي سنبحث واحداً منها فيما يلي، تبدو أكثر قدرة على تناول المرضى الذين يصعب التعامل معهم بالوسائل المعتادة.

العلاج الموجِّه Directive Therapy:

يبدأ هذا الأسلوب من أساليب العلاج من العلاقة بين المريض والمعالج، كما يركز على الطرق التي يحاول بها كل فرد من الناس أن يؤثر فيمن يتعامل أو يتفاعل معه تفاعلاً اجتماعياً. على أن الأسس النظرية للعلاج الموجِّه متضمنة في نظرية التواصل الفكري الإنساني، وقد سبق أن أوردناها في الفصل الثالث بعنوان الرابطة المزدوجة. ونستعيد في إيجاز فنقول إن كل تفاعل بين أفراد البشر يمكن النظر إليه على أنه رسائل يتبادلها الأفراد المنخرطون في التفاعل. ولأن عمليات التواصل معقدة، نجد أن من الممكن أن تنتقل عدة رسائل كثيرة في آن واحد، وأن هذه الرسائل قد تحمل في بعض الأحيان معلومات متناقضة. فإذا

حدث هذا، وكان أحد المتفاعلين (أو الضحية) شديد الاعتماد على الآخر إلى حد أنه لا يطيق أن يخرج من المجال، قيل إن هناك رابطة مزدوجة. وعندئذٍ يكون نصيب الضحية الخسران مهما صنع أو فعل، اللعنة تحل به إن هو فعل واللعنة تحل به إن لم يفعل.

ثم إن أصحاب نظرية الاتصال يوسعون من هذه المفاهيم بدرجة أكبر من العمومية، فيذهبون إلى أن كل الرسائل التي يتبادلها الناس إنما تعمل على تحديد خصائص علاقة معينة. أي أن الاتصالات تملي ما يحدث في العلاقة، وتحدد من تكون له السيطرة. ونقدم مثالاً بسيطاً فنقول إن الطالب الذي يخاطب الأستاذ شارل سميث بكلمة «شارلي» يقيم العلاقة بينهما على أنها من قبيل العلاقة بين الأصدقاء أو المتناظرين. فإن افترضنا أن كلاً منهما ارتاح أو اطمأن إلى التخاطب بالاسم الأول، لم يعد من الممكن القول بأن السيطرة لهذا الفرد أو ذاك. وأما إن أصر «شارلي» على أن يخاطب بوصفه الأستاذ سميث، كان معنى هذا أنه قد أخذ على عاتقه أن يقيم العلاقة على نحو هرمي، بين أستاذ وطالب، وأنه بذلك قد جعل لنفسه السيطرة على العلاقة[1].

وفي رأي جاي هيلي Jay Haley, 1963، وهو أحد مُنشئى نظرية الرابطة المزدوجة، أنه ليس بالأمر المَرضي أن يحاول الفرد أن تكون له السيطرة على العلاقة، وإنما المرض في أن يفعل الفرد ذلك وهو ينكره. أي أن العَرَض وسيلة للسيطرة على العلاقة مع إنكار ذلك في نفس الوقت، أي أنه نوع من التكتيك في العلاقات الإنسانية. من ذلك أن الزوجة ربة البيت أو (غير العاملة) التي يضطر زوجها إلى أداء الأعمال المنزلية بسبب نوبات الدوار الدائمة التي تنتابها إنما تسيطر على سلوكه بينما هي تنكر ذلك («أنا لا حيلة لي في نوبات الدوار»). والمريض الهستيري الذي يضطر الآخرين إلى تدبير حاجاته أو الذي يستجدي قدراً لا ينتهي من الانتباه، إنما يسيطر على من حوله كذلك. وهو أيضاً «لا حيلة له» في مرضه. وفي كل من هذين الحالين يؤدي العرض وظيفته كنوع من التواصل الذي يقوم على الرابطة المزدوجة. فهو يشير إلى «لا حيلة لي»، كما يقوم في نفس الوقت بتحديد سلوك الآخرين.

---

(١) لكن الطالب قد يمضي طبعاً في مخاطبة الأستاذ سميث بالاسم الأول، وبذلك يشعره بعدم الارتياح. عندئذٍ وفي هذه الحالة تكون للطالب السيطرة لأنه قد احتفظ لنفسه باليد العليا.

ولما كان هذا الاتجاه ينظر إلى مرض المريض على أنه نوع من أنماط الاتصال المنحرفة، نجد أن الهدف النهائي للعلاج يتحدد في مساعدة المريض على أن يستخدم في تواصله الفكري بالآخرين أساليب تكون مباشرة إلى درجة أكبر. أما الهدف السريع للعلاج فيتحدد في أن نجعل المريض يتخلى عن عرضه حتى يمكنه أن يتواصل بمعالجه بأسلوب مباشر إلى درجة أكبر. ولتحقيق هذا الهدف لا بد من تكوين عدة روابط مزدوجة علاجية من شأنها أن تضع المريض في وضع لا يستقيم، وضع لا يستطيع منه فكاكاً إلا إذا تخلى عن عرضه. وهذا يتيسر عن طريق استخدام **الأوامر المتناقضة** paradoxical injunctions ـ أي عدة أوامر تقوم على الرابطة المزدوجة التي تقوي العرض إلى حد يتعذر على المريض معه أن يستمر في استخدامه.

ولعل أبسط الأمثلة على الأوامر المتناقضة توجيه الأمر: «كن تلقائياً». فإن الوسيلة الوحيدة لاتباع هذا الأمر هو عدم اتباعه. وفي العلاج النفسي القائم على التوجيه، تتخذ الأوامر المتناقضة صورة محددة هي أن يأمر المعالج بتعاطي الأعراض. أي أن المعالج يعالج العرض بأن يوجه المريض إلى الانغماس في السلوك العرضي! والمثال الإكلينيكي لهذه الطريقة الفنية نجد له وصفاً في حالة الطالبة الجامعية التي كانت يتهددها الرسوب في مقرراتها الدراسية بسبب عجزها عن الاستيقاظ قبل الساعة العاشرة، على حين أن محاضراتها تبدأ في الساعة الثامنة صباحاً. كان أحد المعالجين ممن يستخدمون طريقة التوجيه قد وافق على أن يحاول مساعدتها إن هي اتبعت تعليماته اتباعاً صريحاً، الأمر الذي ارتضته هي مباشرة وبسرعة.

«طلب إليها عندئذٍ أن تضبط ساعتها المنبهة عند السابعة صباحاً. وفي الصباح التالي، وبعد أن يتوقف صوت جرس الساعة المنبهة، تجد نفسها وقد واجهت أمرين عليها أن تختار بينهما، فإما أن تستيقظ، وتتناول إفطارها، وتشهد محاضرة الساعة الثامنة، وعندئذٍ ينتهي الأمر بالنسبة لها، ولا تعود تجد شيئاً ينبغي لها القيام به. وإما أن تظل في السرير، كالمعتاد. لكنها في هذه الحالة الأخيرة لن يسمح لها بأن تستيقظ إلا قبيل الساعة العاشرة بقليل، كما كانت عادتها من قبل، كما يكون عليها أن تعيد ضبط الساعة المنبهة عند الساعة الحادية عشرة صباحاً، وأن تظل في السرير في هذا اليوم واليوم الذي يليه حتى ينتهي صوت جرس الساعة المنبهة. ثم إنه لن يسمح لها في صباح هذا اليوم واليوم التالي أن تقرأ أو تكتب، أو تستمع إلى المذياع أو تفعل شيئاً فيما عدا أن تنام أوتكتفي بالرقاد في السرير؛ حتى تحين الساعة الحادية عشرة فيكون لها عندئذٍ أن تصنع ما شاءت. فإذا كان مساء اليوم التالي كان عليها أن تضبط الساعة المنبهة عند الساعة

السابعة صباحاً، ثم إذا عجزت ثانية عن أن تنهض عندما تدق، كان عليها أن تظل ثانية في الفراش حتى الساعة الحادية عشرة في هذا اليوم واليوم الذي يليه، وهكذا. وأخيراً أكمل المعالج الرابطة المزدوجة بأن أخبرها أنها إن لم تقم بتنفيذ شروط هذه الاتفاقية التي كانت قد وافقت عليها بإرادتها الحرة، فإنه لن يتمكن من إفادتها بعد ذلك بوصفه معالجاً ويصبح من الواجب عندئذٍ أن يتوقف العلاج. وبدا على الفتاة السرور والرضا بهذه التعليمات في ظاهرها. ولكنها عندما عادت للجلسة التالية بعد أيام، قررت أنها عجزت، كما كانت عادتها، عن الاستيقاظ في الموعد في صباح اليوم الأول، وأنها ظلت ترقد في الفراش إلى ما بعد الحادية عشرة كما تقضي التعليمات. ولكن هذه الراحة الإجبارية في الفراش (وخاصة فيما بين العاشرة إلى الحادية عشرة) كانت أمراً ممضاً حتى إنها لم تكد تطيقه. أما الصباح الثاني فكان أسوأ من ذلك بعد، إذ كانت عاجزة تماماً عن أن تنام دقيقة واحدة بعد السابعة، ولو أن الساعة المنبهة لم يدق جرسها إلا في الحادية عشرة. ومنذ ذلك الوقت، أخذت تشهد محاضراتها الصباحية، ولم يتيسر إلا بعد ذلك أن تستكشف الأسباب التي حتمت في ظاهر الأمر أن تواجه بالرسوب في كليتها.

(Watzal- wick et al., 1967, p. 249)

في هذا المثال، نرى الاستخدام العلاجي للرابطة المزدوجة من أجل التغلب على الرابطة المزدوجة القائمة في التواصل الفكري التي يستخدمها المريض، أي على عرضها. فإن هي التزمت بتعليمات المعالج، لم تعد تستطيع أن تدعي أن مواصلة الرقاد في الفراش أمر خارج عن إرادتها. وإن هي قاومت أمره، لم يكن في ميسورها أن تفعل ذلك إلا بأن تسلك سلوكاً لا يتمثل فيه العرض. هي إذن تخسر على أي الحالين مهما فعلت، ولكنها حينما تخسر تستفيد.

على أن القضية التي يستند إليها علاج الطالبة في دراسة الحالة السابقة تظل هي نفسها تقريباً عند العمل مع الفصاميين. ذلك أن الأعراض الذهانية عند الفصاميين (من الاستخدام الغريب للغة، والانسحاب الاجتماعي، والمعتقدات الهذائية) ينظر إليها من خلال هذا المنحى العلاجي، بوصفها محاولة من جانب المريض لتحديد الانغماس مع غيره من أفراد البشر. بل إن كل واحد من أعراضه يؤدي وظيفة هي أن يوصل للآخرين بكفاءة أن ما يصدر عنه ليس بمثابة استجابة للمنبهات الاجتماعية. ولذلك وجدنا العلاج النفسي ترسم خطته على أساس قسر الفصامي على أن يتعامل مع المعالج باستخدام أي وسيلة يراها مناسبة. أو على حد قول هيلي Haley «إن من اللازم إقناع المريض أو قسره على أن يستجيب بصورة يتأكد معها نوع العلاقة بينه وبين المعالج بدلاً من

أن يستجيب بصورة توضح أن ما يصدر منه من سلوك ليس استجابة للمعالج» (1963, p. 102).

ومن بين الوسائل التي يمكن بها تحقيق ذلك أن يوصي المعالج مريضه باتباع السلوك الفصامي بنفس الصورة التي كانت الطالبة تشجع بها على استمرار الاستلقاء في الفراش. وقد استخدمت هذه الوسيلة في حالة مريض كانت لديه هذاءات اضطهاد، هذاءات أدت به إلى أن يشك في أن هنـاك من أخفى ميكروفوناً في مكتب المعالج.

> «وبدلاً من أن يحاول المعالج تفسير هذا الشك، بدا عليه الاهتمام المناسب وفرض على المريض نوعاً علاجياً من الرابطة المزدوجة بأن اقترح أن يقوما بعملية تفتيش دقيقة في المكتب من قبل أن يمضيا في الجلسة. وكان من شأن هذا أن يلقي في روع المريض أن أمامه خيارين. إما أن يقبل الاقتراح بالتنقيب في المكتب، وإما أن يتخلى عن الفكرة البارانوية. وقد آثر المريض الاختيار الأول، بعدما بدأ التنقيب المضني، جعل يقينه في وجود الميكروفون يتناقص وحرجه من شكه الأولي يزداد؛ ولكن المعالج لم يكن ليدع الأمر ينتهي من قبل أن يقوما معاً بالتنقيب في كل ثنايا المكتب وحناياه».
>
> (Watzalwick, 1967, p. 243)

وانتهى الأمر بتخلي المريض عن عرضه وبدأ ينغمس في مناقشة معقولة مع المعالج. ولو أن المريض كان قد رفض بادىء الأمر أن يتقبل اقتراح المعالج بتفتيش المكتب، لكان قد أصبح شكه أمراً غير جدي أو لا معنى له. وبذلك نرى أن ما أوصى به المعالج يحقق هدفه في كلا الحالين.

ثم إن هناك حالات كثيرة من الفصام يكون فيها المريض من الانسحابية أو عـدم التعاون بحيث يصبـح من المستحيل دفعـه إلى أن يصدر عنـه أية استجابات اجتماعية. في الحالات من هذا النوع، قد يضطر المعالج إلى استخدام القوة ليجبر المريض على التفاعل. وهذا يتضح في صورة حية في مقتطفات من تقرير عن جلسة علاجية تتضمن معالجاً ومساعديه ومريضاً فصامياً كان يزعم أنه إله.

المريض	: إني أنا الله (يُسْمَع ضحك).
المعالج	: أنت!
المريض	: نعم.
المعالج	: أنت أيها المغفل المجنون (يضحك). اسجد لي!
المريض	: لا، بل أنت تسجد لي.
المعالج	: أيها الرجال، أظهروا له من هو الإله (المساعـدون يناضلون المريض، ويجبرونه على أنه يسجد للمعالج).

المريض	: اسمع الآن. . .
المعالج	: اسجد لي!
المريض	: ليس من المفروض أن تستخدم القوة معي.
المعالج	: لا تكن أحمقاً، إنني الرئيس.
المساعد	: إنه الآن ساجد.
المعالج	: الآن ـ ماذا أنت فاعل؟
المريض	: أنظر ـ ليس من المفروض أن تستخدم القوة معي.
المعالج	: إنني الرئيس هنا.
المريض	: ليس من المفروض أن تستخدم القوة معي ـ إنك لست الرئيس هنا.
المعالج	: من هو الإله؟
المريض	: إنني أنا الله.
المعالج	: إذن، فما بالك لا تنهض؟
المريض	: حسناً ـ فسوف أدفعهم وأزيحهم عني ـ قل لهم أن يبتعدوا عني.
المعالج	: طيب. يا رجال ـ ابتعدوا!
المريض	: كان هذا خطأ ـ كان ينبغي أن أدفعهم عندئذٍ. (المريض يضحك فيضحك الجميع) كان ينبغي أن أمحقهم.
المساعد	: (ضاحكاً) تمحقهم، نعم.
المعالج	: تمحقهم، مضبوط. (صمت) إنك عاجز تماماً. (تستمر المقابلة)

(Haley, 1963, pp. 99 — 100)

هنا أيضاً، نجد أن القضية التي يختلف حولها المريض والمعالج هي: من الذي سيقوم بتحديد نوع العلاقة وما يجري فيها؟ المريض في هذه الحالة يحاول السيطرة على التفاعل بأن يدَّعي الألوهية، أو قل إنه يعلن في حقيقة الأمر أنه ليس بحاجة إلى أن يتفاعل مع أي شيء يقوله المعالج أو يفعله. والمعالج يفرض عليه رابطة مزدوجة حين يجبره على السجود. فلوأن المريض ظل يصر على أنه الإله، لوجد نفسه في الوضع الذي لا يستقيم من التسليم بأن الله يخضع للمعالج. وإن توقف عن إصراره في ادعاء الألوهية، لوجد نفسه يتفاعل مع المعالج في صورة غير فصامية قطعاً. في هذا المنحى الغريب، لا ينظر إلى الفصام على أنه نوع من المرض؛ فإنه لا وجود لما يدعى «بالفصامي»، وإنما كل ما هنالك أساليب فصامية في التفاعل مع الآخرين.

والمنحى التوجيهي في العلاج يحتل موضعاً نظرياً فريداً من حيث إنه يتألف من مزيج طريف من النموذج النفسي الداخلي intrapsychic model والنموذج السلوكي. فهو يشبه العلاج السلوكي من حيث إنه أقرب إلى التركيز

على أعراض المريض والأساليب التي يمكن استخدامها لإزالتها. ولكنه مع ذلك يختلف عن العلاج السلوكي في أنه يميل إلى النظر إلى القضاء على الأعراض على أنه تكتيك علاجي مبدئي فقط: أي أن القضاء على السلوك العرضي يفيد فقط في تعبيد الطريق المؤدي إلى مناقشات تكون مثمرة إلى درجة أكبر، مناقشات تدور حول مشكلات المريض النفسية الاجتماعية. ومن هذه الناحية، يكون المنحى مشابهاً للنموذج النفسي الداخلي حيث لا يكون للأعراض من أهمية إلا أنها تدل على نواحٍ مرضية أكثر خطورة وانتشاراً وعمقاً. وفي الجزء التالي نتدبر تلك الأنواع من العلاج التي يقتصر هدف العلاج فيها على إزالة الأعراض والقضاء عليها.

العلاج السلوكي Behavior Therapy:

يقوم العلاج السلوكي، أو تعديل السلوك، في تناوله للسلوك المضطرب على أساس من نظرية التعلم التجريبية. وفي هذا الإطار نجد أن الأعراض، شأنها شأن كل صور السلوك غير التوافقي، متعلمة، كما أنها، مثل كل أنواع السلوك الأخرى، يمكن تعلم التخلي عنها. أو نقول بعبارة واضحة إن العرض هو المرض. ولذلك كان من الميسور الإفادة من مفاهيم التعلم في فهم السلوك الشاذ من غير الالتجاء إلى تصورات تتضمن تكوينات الشخصية وأنواع الصراع الخفية. والعلاج السلوكي الذي ينبثق عن النموذج السلوكي للسلوك الشاذ قد نما إلى حد يتمكن معه من أن يعد بديلاً قوياً عن النماذج النفسية الداخلية للعلاج.

كذلك نستطيع أن ننسب كثيراً من القوة الدافعة التي تكمن وراء قيام الأساليب السلوكية في العقدين الأخيرين من القرن العشرين إلى تزايد عدم الرضا عن المناهج النفسية الداخلية، وخصوصاً التحليل النفسي. ذلك أن أكثر المناهج التي تقوم على أساس من التحليل، تكون حتى في أحسن الظروف بحيث تقتضي الكثير من النفقة والوقت. ثم إنها، حتى في الحالات التي تكون فعالة مجدية فيها، تتوقف على وجود مريض ذي اتجاه عقلي له قدرة لفظية عالية على استعداد للمشاركة الإيجابية، أي مريض من بين أفراد الشريحة العليا أو الوسطى من الطبقة المتوسطة. ولو أننا تذكرنا العلاقة العكسية بين المرض

العقلي والطبقة الاجتماعية التي ناقشناها في الفصل الثالث، لبدا من الواضح أن أنواع العلاج النفسية الداخلية عاجزة عن أن تلبي الحاجات العلاجية للأمة إلا على نطاق محدود. ولذلك فإن العلاج السلوكي، بما يزعمه من أنه يؤدي إلى ارتياح سريع فعال وبتركيزه البراجماتي على السلوك المشْكِل، كان يبدو بمثابة بديل قوي عند كثير من السيكولوجيين.

على أن هناك عدة صور مختلفة من العلاج السلوكي، يركز كل منها على إزالة الأعراض والقضاء عليها، تلك الأعراض التي ينظر إليها بصفة عامة على أنها نوع من السلوك غير التوافقي الذي يمكن ملاحظته. وأكثر هذه الأنواع من العلاج تستمد جذورها الأيديولوجية من الأعمال المبكرة التي قام بها بافلوف Pavlov و واطسن Watson أو من المبادىء التي صاغها حديثاً ب. ف. سكنر B. F. Skinner. أما الجماعة الأولى، وما تؤكد عليه من العملية الشرطية التقليدية، فتتمثل في هذا الفصل بأسلوب فني يسمى بالعملية المنظمة لإزالة الحساسية. وأما الجماعة الثانية التي تؤكد على استخدام الأساليب الإجرائية operant techniques فتظهر في المحاولات الحديثة لعلاج اضطراب طفلي خطير يعرف بالاجترار الذاتي autism.

والعملية المنظمة لإزالة الحساسية هي لون من ألوان العلاج النفسي ابتدعه طبيب للأمراض العقلية اسمه جوزيف ولبه Joseph Wolpe، وأكثر ما يكون استخدامها في علاج حالات الخُواف. إن النظرية التي تستند إليها هذه الطريقة نظرية واضحة سبق عرضها في الفصل الأول. ونسترجع باختصار فنقول إن حالات الخُواف تعد بمثابة استجابات قلق (تنفس سريع، وتوتر عضلي، وعرق بارد، وهكذا) تستثيرها مثيرات خُوافية أقرب إلى أن تكون عديمة الضرر (الأماكن المغلقة، المرتفعات، الثعابين). وقد أصبحت هذه المثيرات والاستجابات، على مر الزمن، مرتبطة بانتظام بحيث إننا لنجد روابط bonds قوية من نوع S — R (مثير - استجابة stimulus — response). وكلما قوبلت هذه المثيرات، وقعت الاستجابة الخُوافية أو القلق بصورة آلية. ولذلك أصبحت مهمة العلاج تتحدد في إضعاف الروابط بين المثيرات والاستجابات من أجل القضاء عليها في آخر الأمر.

والعملية المنظمة لإزالة الحساسية منهج يقصد به إلى إضعاف أمثال هذه

الروابط عن طريق أن نستبدل باستجابات القلق استجابات أخرى أكثر حظاً من التوافق استبدالاً تدريجياً. أي أن المنهج يقود المريض في شيء من الرفق إلى سلسلة من خبرات القلق المتدرّج (مواقف شبيهة بالموقف الخُوافي الأصيل ولكنها تكون مفزعة بدرجة أقل)، كما أنه يقيم استجابات سلوكية جديدة مكان القلق، وذلك بطريقة منظمة[1]. وهكذا نجد المريض وقد أخذ يفقد حساسيته بالتدريج للموقف الخُوافي الأصيل، وبذلك يعالج من عصابه. ومن هنا جاء اصطلاح العملية المنظمة لإزالة الحساسية.

ولتيسير هذه العملية وتسهيلها يستخدم المعالج وسيلتين أساسيتين هما التدريب على الاسترخاء ومدرّج القلق. أما التدريب على الاسترخاء فيتضمن تعليم المريض أن يتنفس تنفساً هادئاً منتظمًا، وأن تسترخي أطرافه ويرخي عضلات وجهه. كما لا بد للمريض من أن ينفذ هذه الاستجاباتُ إذا ما رأى أمارات معينة، إذ أن المنهج العلاجي بأسره يتوقف على قدرته على أن يقوم بكفاءة باستبدال الاسترخاء باستجابات القلق في اللحظة المناسبة.

وأما مدرج القلق فإنه قائمة من الأشياء أو المواقف التي تشبه، بدرجات متفاوتة، الموقف الخُوافي. وهذه الأمور ترتب بطريقة تجعل كل خطوة تالية على المدرج أكثر إثارة للقلق من الخطوة التي سبقتها. ولعل مدرج القلق النموذجي بالنسبة للمريض الذي يشكو من خُواف متصل بالثعابين أن يكون كما يلي:

١ ـ قراءة مقالة في مجلة عن الثعابين.
٢ ـ التطلع إلى صور فوتوغرافية للثعابين.
٣ ـ الوقوف خارج بيت الثعابين في حديقة الحيوان.
٤ ـ الوقوف إلى جوار قفص الثعابين داخل بيت الثعابين.
٥ ـ وضع اليد في القفص بدون لمس الثعابين.
٦ ـ لمس الثعابين باليد.

وتصميم المدرجات من هذا النوع الذي يتدرج من مستوى القلق الطفيف إلى مستويات القلق الشديد ينبني على أساس المعلومات التي يتقدم بها المريض عن أشد خبراته رعباً وما يتصل بها من المواقف.

---

(١) على الرغم من أن هناك طائفة متنوعة من السلوك الجديد يمكن أن تستخدم كبدائل، إلا أن استجابات الاسرخاء يتم اختيارها بسبب أنها أسهل في التعلم من غيرها.

ويتضمن المنهج العلاجي عدة خطوات. الأولى هي أن يدرب المعالج مريضه على طرق الاسترخاء حتى يمكن استثارة استجابات الاسترخاء إذا ما تعرض لأمارات أو منبهات معينة. وهذه الخطوة تستغرق فترة تتراوح بين أربع جلسات أو ست. ثم يطلب إلى المريض بعدئذٍ أن يتخيل في وضوح ذلك الموقف الأول من المدرج. فإن أصبح شديد التوتر والخشية، طلب إليه على الفور أن يستدعي استجابات الاسترخاء التي كان قد تعلمها من قبل. ولأنه من المستحيل على المرء أن يكون قلقاً ومسترخياً في نفس الوقت، نجد أن قدرة المثير على ابتعاث القلق تتناقص. وبعد عدة محاولات متكررة من هذا النوع ومع ما يترتب عليها من تناقص في القلق، نجد المريض قد تمكن من الانتقال إلى المستوى التالي.

ويتكرر هذا الإجراء بصورة منتظمة حتى يتمكن المريض من الوصول إلى أعلى خطوة أو مستوى في المدرج وهو في مثالنا لمس الثعبان باليد. ثم إذا استطاع أن يتخيّل نفسه تخيلاً حياً وقد تمكن من هذا من غير أن يستبد به القلق إلى حد يجاوز الحدود، اختتمت عملية العلاج. على أنه يفترض بالطبع أن هذه الاستجابات التي تعلمها حديثاً سوف تتعرض للتعميم، وأنه سوف يكتسب القدرة على مواجهة الموقف الخوافي في عالم الواقع في هدوء نسبي. وعلى الجملة نقول إن العملية المنظمة لإزالة الحساسية تستبدل باستجابة شرطية (هي القلق) استجابة أخرى (هي الاسترخاء)، وأنها لذلك تتمكن من القضاء على خُواف المريض.

وأما في المنحى الإجرائي للعلاج، فإن الاهتمام يتحول عن الروابط بين المثيرات والاستجابات إلى التركيز على نتائج سلوك المريض وما يترتب عليه من مترتبات. ولعل أكثر ما يهتمون به في هذا المنحى هو كيف أن بعض أساليب التدعيم المعينة (من ثواب أو عقاب) تؤثر في تصرفات المريض وتدفع به إلى أن يسلك بأساليب منحرفة. ويقوم المعالج بتحليل العلاقة بين السلوك المنحرف ونتائجه ليحاول من بعد ذلك تعديل السلوك، حتى يمكنه بذلك أن يجعله تحت سيطرته. وفيما يلي مثال لهذه العملية، مثال مستمد من المجهودات التي قام بها أ. آيفار لوفاس O. Ivar Lovaas وأعوانه لعلاج حالة من حالات الاجترار الذاتي في الطفولة المبكرة.

الاجترار الذاتي في الطفولة المبكرة نوع من الاضطراب أشبه بالفصام يتميز بالسلوك المنحرف، وبالاضطراب في الكلام، وبعدم القدرة على التفاعل أو الاتصال مع الآخرين من البشر. والطفل الاجتراري كثيراً ما يلاحظ عليه، منذ فترة مبكرة من حياته ذلك السلوك غير العادي الذي يتضمن حركات جسمية غريبة، وتعبيرات مشوهة بالوجه. كذلك قد يلاحظ على بعض الحالات أنها تعمد إلى تشويه نفسها تشويهاً مادياً يتسم بالوحشية وعدم التمييز. من ذلك أنه يعرف عن بعض الأطفال الاجترارين أنهم يقضمون أجزاء كبيرة من أجسامهم بأسنانهم، وأنهم يجدعون أنوفهم بأن يضربوا الأجسام الصلبة برؤوسهم.

لكننا نجد مع ذلك أن نقص النمو اللغوي ورفض الآخرين هو ما يكون الملامح العامة لمجموعة الأعراض الاجترارية. ذلك أن كثيراً من الأطفال الاجتراريين صم بكم، كما أن من يتكلم منهم إما أن يكون مصاباً بالصُداء Echolalia (أي يكتفي بترديد ما يوجه إليه من القول) وإما أن يكتفي بإصدار الأصوات اللينة. والأطفال من هذا النوع ينسون بالفعل ما يحيط بهم من ملابسات اجتماعية، كما أن أنواع التدعيم الاجتماعية السوية مثل المودّة والتأييد والانتباه لا يكون لها أي أثر عليهم.

وقد بذلت محاولات عبر السنين، ومنذ أن كتب عن الاجترار الذاتي لأول مرة، لعلاج هؤلاء الأطفال بطائفة متنوعة من الطرق. وقد كان العلاج النفسي الفردي، بما يتضمنه من محاولة لإقامة علاقة وثيقة بالطفل، أكثر ما استخدم من الطرق، ولو أن العلاج باللعب في جماعات قد جرب كذلك. وعلى الرغم من أننا نجد تقارير متفرقة عن النجاح في علاج الاجترار الذاتي، إلا أن الصورة الكلية تعكس خيبة الأمل وتبعث على القنوط بصفة عامة. فإن أكثر الأطفال الاجترارين لا يبدون إلا القليل من التحسن حتى بعد أن تنقضي سنوات من العلاج المتعمق. بل إن كثيراً منهم يقضون ما يتبقى من حياتهم محبوسين في المؤسسات.

وحديثاً قام لوفاس وأعوانه في كلية الطب بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس بتجربة طائفة معينة من الأساليب السلوكية التي تهدف إلى الانتقاص من التشويه وإلى تشجيع نمو الكلام ونمو العلاقات الإنسانية. وقد تضمنت إحدى هذه الدراسات استخدام التدعيم السلبي بوصفه وسيلة لإقامة السلوك

الاجتماعي (Lovaas et al., 1965). وفي التدعيم السلبي يعرض المريض لمثير غير سار أو مؤلم عادة، ثم يبعد عنه بمجرد أن يصدر عن المريض ذلك السلوك الذي ينشده المجرب. والسلوك المنشود في هذه الحالة هو التحرك في اتجاه شخصيات الراشدين، كما كان مصدر التدعيم السلبي المستخدم عبارة عن صدمة أليمة.

ودراسة لوفاس أجريت على زوج من التوائم المتطابقة في سن الخامسة، كان كل واحد منهما قد شخصت حالته على أنها فصام الطفولة. لم يكن الطفلان يتكلمان، ولم يكن قد تم تدريبهما على ضبط الإخراج، كما كانا يقضيان أكثر أيامهما وهما يهتزان ويؤرجحان أجسامهما ذات اليمين وذات الشمال. كذلك كانا لا يستجيبان مطلقاً للمثيرات الاجتماعية، ولا يظهران من السلوك ما يدل على أنهما يتعرفان على الراشدين؛ بل إن أحدهما كان يتجاهل الآخر. وقد أشار لوفاس إلى أنهما كانا قد تلقيا علاجاً متعمقاً في مركز علاج داخلي، ولكن من غير أن يطرأ على سلوكهما أي تغير، وإلى أن مصيرهما كان الإيداع بالمؤسسات.

وفي الإجراء التجريبي وضع كل طفل على حدة في غرفة صغيرة على أرضها شبكة تتألف من أشرطة كهربية عرض كل شريط منها نصف بوصة. وكانت الأشرطة موضوعة بحيث يفصل بين أحدها والآخر مسافة نصف بوصة بحيث لم يكن الطفل يستطيع أن يتجنب أن يطأ على شريطين من الأشرطة على الأقل؛ فإن حدث هذا أغلقت الدائرة وأصيب الطفل بصدمة كهربية قوية. وكانت الخطة العامة أن يتعلم الطفل ما يتوقع منه، وأنه إذا لم يستجب، كان لزاماً أن توجه له الصدمة إلى أن يفعل.

وخلال جلسات ما قبل التدريب المتعددة التي لم تكن تستخدم فيها الصدمة، كان كل طفل يوضع في الحجرة مع إثنين من الراشدين اللذين كانا يدعوانه قائلين: «تعال هنا». ولم يستجب واحد من الطفلين. أما في جلسات الصدمات التالية التي توزعت على ثلاثة أيام متتالية، والتي تضمنت كثيراً جداً من المحاولات، فقد تم تدريب الطفلين على تجنب الصدمة بأن يستجيبا للأوامر الشفهية التي يوجهها الراشدون. وفي كل محاولة، كانت الصدمة لا توقع على الطفل إذا هو اقترب من الراشدين الموكلين به خلال خمس ثوان. أما إذا لم يتزحزح من مكانه خلال هذه الفترة الزمنية، أو إذا لم يكن قد أصبح على بعد قدم واحد من المجربين خلال سبع ثوان، وقعت عليه الصدمة إلى أن يستجيب.

وقد أشارت النتائج إلى أن كلاًّ من الطفلين تعلم كيف ينجح في تجنب الصدمة بأن يستجيب لأوامر الراشدين الموكلين بأمره. وعلى حين أنهما كانا لا يستجيبان من قبل التجربة لأي صورة من صور التنبيه أو الاستثارة الاجتماعية، نجدهما قد أخذا يلتمسان الاتصال الاجتماعي بالراشدين، بل ويحاولان ملاحظتهم. لقد تمكن الراشدان عن طريق إنقاذ الطفلين من أن يكتسبا خصائص المكافأة. كذلك امتد التحسن الذي تم تسجيله وعمم إلى خارج الغرفة التجريبية. كما قررت الممرضات اللائي كن يعنين بالطفلين أنهما أصبحا من بعد ذلك يأتيان إليهن في طلب المساعدة إذا وقع عليهما أذى، الأمر الذي لم يكن يحدث أبداً من قبل التجربة.

وعلى الرغم من أن أمثال هذه النتائج مشجعة، إلا أن من الواجب أن نشير إلى أن التغيرات كانت مؤقتة، وأنها لم تدم إلا فترة تتراوح بين تسعة شهور وأحد عشر شهراً. بل إن أمثال هذه التغيرات لو كانت دامت فترة أطول من ذلك لكان علينا أن نواجه حقيقة أخرى هي أن الطفلين بقيا على حالهما من حيث عدم الكلام. وهي أمارة على درجة فائقة من السلبية بعد أن يتجاوز الطفل الرابعة أو الخامسة من العمر. فإن الطفل إذا تجاوز هذه السن ولم يكن قد تكلم بعد، كانت فرص شفائه ضئيلة جداً. فليست هناك علاجات معجزة في هذا المجال، والعلاج السلوكي ليس ترياقاً، ولعل لوفاس أول من يقر بهذا فهو يقول:

> «إن من الخطأ أن نشير إلى هذا العلاج بوصفه علاجاً شرطياً إجرائياً، إذ أن الإشراط الإجرائي لا يزودنا إلا بالبداية فقط. ولذلك، كانت صياغاتنا النظرية عاجزة عن أن تفسر لنا كيف يصبح الطفل «سوياً»، لو أن ذلك تحقق في وضعنا، لأن هذه الصياغات النظرية لا تصف لنا كل درجات التفاعل الذي يجري بين الإنسان وبيئته. وإن من السلوك الانساني قدراً لا تتضمنه نظرية التدعيم» (1967, p. 110)

وعبارة لوفاس هذه تعين على تلطيف حدة المناقشات بين أنصار المنحى النفسي الداخلي والمنحى السلوكي في العلاج. من هذه المناقشات مناقشة تدور حول قضية «إبدال العرض». فأما السلوكيون، كما رأينا، فينظرون إلى الأعراض بوصفها «مجرد سلوك غير توافقي لا بد لنا من تغييره أو القضاء عليه». وأما المعالجون من أصحاب المنحى النفسي الداخلي، وخصوصاً من يتبنى منهم وجهة نظر التحليل النفسي، فيرون في الأعراض انعكاسات لاضطرابات أكثر

خطورة. وكما أن الأطباء ينظرون إلى الحمى بوصفها انعاكساً لتلوث كامن، كذلك ينظر المعالج التحليلي إلى الأعراض بوصفها أمارة على اضطراب كامن أكثر أهمية. وأنت حين تعالج الحمى لا تكون قد تناولت التلوث؛ وحين تعالج العرض لا تكون قد تناولت النواحي المرضية النفسية.

والعلاج الذي يتركز في إزالة العرض لا يؤدي، عند أصحاب نظرية التحليل النفسي، إلا إلى الارتياح المؤقت. وسوف يسفر الاضطراب بعد ذلك عن نفسه في صورة عرض آخر، كما أن المريض سيكون على نفس الدرجة من المرض التي كان عليها من قبل أن يبدأ العلاج. وأصحاب علم النفس الإكلينيكي السلوكيون يزعمون أن هذا لا يحدث، ويتحدثون عن معدلات شفاء تصل إلى حد التسعين في المائة مع انتكاسات قليلة. ومع ذلك نجد من المرضى من يتخلص من عرضه ليتحول إلى الاكتئاب فيما بعد. فهل الاكتئاب عرض؟ وهل الحزن المؤقت كذلك؟ وما الذي يحدث في الحالات التي يقضي فيها على العرض ثم يتبين من بعد ذلك أن العرض لم يكن إلا جزءاً من صورة أكثر خطورة؟ وربما كانت هناك اضطرابات لا تكون الأعراض فيها إلا أمارات رمزية على اضطراب داخلي؛ واضطرابات أخرى يكون العرض فيها بمثابة الاضطراب بأكمله.

لو أننا تذكرنا ما كان يقوله لوفاس، لأمكننا أن نتصور أن هناك عدة أنواع من المرض النفسي، على اختلاف أصولها، يمكن أن نتناولها عن طريق استخدام الأساليب السلوكية بدرجة أكبر من النجاح من بعض الأنواع الأخرى. ذلك مثلاً أن الاضطرابات التي تتبدى في صور ملحوظة محسوسة قد تفيد أحسن إفادة لو أننا تناولناها بواحد من الأساليب السلوكية. ولعل أنواع الخُواف، والتبول غير الإرادي، وغير ذلك من صور الاضطرابات المحددة نسبياً تقع في هذه الطائفة. على حين أن الاضطرابات التي تتضمن الاكتئاب، والشعور بالنقص الاجتماعي، وشعور الفرد باغترابه عن الآخرين Interpersonal alienation، قد تتطلب على خلاف ذلك أساليب علاجية من النوع ألذي يركز على دقائق العلاقات الإنسانية. وعندئذٍ، وفي أمثال هذه الحالات قد تكون بعض الأساليب النفسية الداخلية أو بعض أنواع العلاج الجمعي التي سنتدبرها فيما يلي، أنسب الأساليب العلاجية.

الأساليب الجمعية والبيئية Group and Community Approaches :

على الرغم من أن العلاج النفسي الفردي سابق على العلاج الجمعي، إلا أن فكرة استخدام الجماعات في علاج الأفراد المضطربين ليست جديدة تماماً. فقد ظل المعالجون النفسيون يستخدمون العلاج الجمعي لمدة تزيد على ثلاثين سنة، كما أن جاكوب مورينو Jacob Moreno مؤسس طريقة تعرف بالسيكودراما يزعم أنه قد استخدم الأساليب الجمعية منذ سنة ١٩١٠. ومع ذلك فقد حدث خلال الأزمنة الحديثة أن زيادة ملحوظة تحققت في الإقبال على الطرق الجمعية. وقد يكون من بين الأسباب التي أدت إلى ذلك أن الجماعات العلاجية تحظى بقدر هائل من الدعاية من وسائل الإعلام؛ ثم سبب ثانٍ هو البحث عن العلاقة الوثيقة والانتماء بين الأعداد المتزايدة من الناس الذين يتزايد شعورهم بالاغتراب عن المجتمع. ومهما يكن السبب فإنه يبدو أن مجموعات العلاج النفسي التقليدية، وكذلك مناهج علاج الجماعات الأسرية والبيئية تختص بقضايا لا يستطيع العلاج الفردي أن يواجهها. وفيما يتبقى من هذا الفصل نناقش هذه القضايا وطريقة تناول المجموعات لها.

العلاج النفسي الجمعي group Psychotherapy:

يتضمن العلاج الجمعي تجمعاً من الأفراد يتراوح بين ستة أشخاص وثمانية يجتمعون مرة أو مرتين كل أسبوع في العادة لمدة تبلغ نحو الساعة ونصف الساعة. والجماعة التي تتألف في العادة من عدد من الغرباء تلتقي بانتظام لمدة تتراوح بين ستة شهور وسنة، ولو أن هذه الأرقام تتفاوت بتفاوت تكوين الجماعة وبتفاوت الأهداف التي تتخذها الجماعة. على أن أكثر الجماعات تميل إلى أن تكون أقرب إلى التجانس فيما يتصل بأنواع الاضطرابات التي يمثلها أفراد الجماعة. ولذلك وجدنا مجموعات المدمنين (Alcoholics Anonymous and Synanon) والجماعات التي تتألف فقط من العصابيين والذهانيين. ذلك أن الخبرات المشتركة تميل إلى أن تيسر على الفرد أن يعبر عن ذاته، وذلك في الظروف التي يتوقع فيها من الناس أن يتبادلوا الحديث في مشكلاتهم.

ويتوقف الاتجاه الذي تسير فيه الجماعة، إلى حد كبير، على المدرسة التي يتبعها المعالج. من ذلك أن المعالجين من المشايعين للمدرسة التحليلية يميلون إلى أن يوجهوا مجموعاتهم نحو مناقشة الماضي ونحو تدبر المخبوء من الأخيلة

والأوهام. وهنا نجد أن علاقات الأفراد بعضهم ببعض تتعرض للفحص بحثاً عن أمارات التحول بنفس الطريقة التي نبحث بها عن اتجاهات التحول نحو المعالج في العلاج الفردي. أما في العلاج المتمركز حول العميل فنجده ـ على العكس من ذلك ـ يحاول تنمية مناخ جمعي يقوم فيه الأعضاء بتبادل المشاطرة الوجدانية والتقبل فيما بينهم. أي أن الأعضاء يتلقى بعضهم من بعض ما كانوا ليتقلونه من المعالج لو أنهم كانوا منغمسين في علاج فردي من نوع العلاج المتمركز حول العميل.

ولكن العلاج الجمعي يتضمن مع ذلك شيئاً أكثر من مجرد النقل من الأساليب الفردية إلى الإطار الجمعي. ذلك أنه يتضمن التركيز على الجماعة بوصفها كياناً له وجوده المستقل. أي أن الالتفات في كثير من الجماعات ينتقل من خصائص شخصيات أفراد الجماعة إلى ديناميات ما يجري بينهم من تفاعل. ثم يجري تحليل لهذه الديناميات حتى يمكن تحديد تلك الأنماط من السلوك التي من شأنها أن تقدم أو تعطل قدرة الجماعة على أن تعمل كوحدة فعالة قادرة على حل المشكلات. وفي داخل هذا الإطار نجد أن عدداً من القضايا من قبيل التفاعل بين الأفراد، والتماسك الاجتماعي، وتطور نمو الجماعة تبرز كموضوعات للمناقشة. ثم إذا أصبحت الجماعة وحدة تفاعل أكثر كفاءة، قيل إن بعض التعلم الشخصي الهام قد وقع، التعلم الذي يمتد ويعم ليشمل الأداء الفعال في خارج الجماعة.

وفي منحى العلاج الجمعي، لا ينظر إلى المعالج على أنه العامل الوحيد للتغير؛ وإنما المرضى أنفسهم هم الذين يقومون بهذا الدور. ذلك أنهم حين يعبرون بأمانة عن استجاباتهم المباشرة بعضهم لبعض، إنما يساعد الواحد منهم أخاه على أن يفحص صدق إدراكاتهم لأنفسهم. وهكذا تتاح الفرصة لكل عضو لكي يغير سلوكه في ضوء ما يتلقى من تغذية رجعية Feed back. والجماعة حين تشجع مثل هذا التغير، إنما تعمل بوصفها عاملاً متعدد الأطراف للتغير باعتبار أن كل عضو مشترك في الجماعة إنما يعمل بوصفه معالجاً للآخر. لكن المعالج الحقيقي مع ذلك يلعب دوراً هاماً، وإن كان نشاطه أقل في الجماعة منه في العلاج الفردي؛ فهو يتخذ دور الملاحظ المشارك، وهو يوجه الحركة العامة في الجماعة، كما أنه يتدخل أول ما يتدخل في الأوقات التي تتعثر فيها العملية الجمعية.

على أن وصف العلاج الجمعي من خلال مقتطفات لفظية عمل كثير الصعوبة. فمن ناحية نجد أن عملية العلاج النفسي تمتد على فترة طويلة من الزمن، ولكن الأهم من هذا أننا نجد من الصعب جداً أن نستخلص جوهر العلاقات المتعددة في كلمات قلائل. ومع ذلك فإن الفقرة المقتطفة التالية تزودنا بنظرة مبدئية إلى ما تتضمنه هذه العملية. في هذه الفقرة نجد فرداً من الجماعة يشكو بعض الصعوبة في علاقاته بالنساء يبدأ بسرد حلم حديث يتصل بالجماعة. وقد وضعت أفكار المعالج الخاصة بين أقواس.

دان : آه، لقد رأيت مناماً الليلة الأخيرة عن هذه الجماعة. رأيت في المنام أننا كنا في الجماعة. كنت أجلس هناك. جو كان يجلس هنا، وكان جو يتحدث عن شيء، لا أدري عم كان يتحدث. ثم رأيت عدداً من الناس يبدأون في النظر من خلال النافذة. أعداد غفيرة من الناس، أقول لكم، وقمت أنت بدعوة الشرطة، وألقيت خطاباً طويلاً نحو عشرين دقيقة عن الحرمات privacy.

المعالج : هل رأيت هذا المنام ليلة أمس؟

دان : نعم، لا شيء حدث - عدت إلى بيتي في حوالي الساعة العاشرة من مساء أمس، تناولت بعض العشاء، ثم آويت إلى فراشي. كثير من التوتر بيني وبين أبي. كلما ازدحمنا بالأعباء، ازداد التوتر، وقتل كل واحد منا الآخر. أنا لا أحمل له حقداً، وهو لا يحمل لي حقداً. ولكن كل واحد منا ينفجر في صاحبه. ارتطام فظيع وعراك شديد.

المعالج : بماذا تشعر نحو الحلم؟

دان : بعضهم يتجسس علي. أو أن الجماعة سوف تراني على حقيقتي أو شيئاً من قبيل هذا. كانوا ينظرون إلي بالفعل.

مارلين (فتاة) : كنت تقول في الأسبوع الماضي إنك تحدثت في حرية جداً في خارج الجماعة. في الجماعة فقط لا تتحدث بحرية.

فريتزي : ما الذي تخشى أن نكتشفه عنك مما لا تريد أن تعرضه؟ (تعبير عن الاهتمام).

دان : لا شيء.

رون : ربما كنت تخشى من أن الناس الآخرين سيعلمون أنك تتردد على جماعة.

دان : آه.

فريتزي : هل تشعر أن والديك يتجسسان عليك؟ أنت عارف، أمك؟

دان : أنا لم أعد أطيقها أخيراً. أنا لا أكلمها. أنا أبتعد عنها، لأنني كلما نظرت إليها أحس بالرغبة في أن أصرخ فيها أو أتعارك معها، أو شيئاً من ذلك.

المعالج : ما هي الصورة التي تحملها لنفسك والتي سوف تطلع عليها الجماعة؟ (السؤال هنا منصب على «مفهوم الذات»).

دان : لا أعلم. أنا أعلم الصورة التي أحملها لنفسي، ولكنها شيء تعلمه الجماعة.

المعالج : ما هي؟

دان : أنني (زفت). كلما خرجت للنزهة مع بنات، ازدادت شكواي. لا يمكن أن تكون هذه الكثرة من البنات بهذا السوء - من حيث النسبة المئوية - الأمر نسبي صحيحاً، ولكن لا بهذه الكثرة الهائلة. إنني أخرج للنزهة أسبوعاً بعد أسبوع، مع فتاة جديدة. إنني أرى فتيات كثيرات كل سنة.

رون : اثنتين وخمسين.

دان : وكذلك أمسيات الأحد أيضاً. وأحياناً خلال الأسبوع.

رون : في كل مرة فتاة جديدة.

دان : آه، اعتدت في بعض الأحيان أن أخرج خمس ليالٍ في الأسبوع. كلهن مختلفات.

رون : آه، ولكن هل تكون الفتيات الخمس في الأسبوع التالي جديدات كذلك؟.

دان : نعم، قليلاً ما أخرج مع الفتاة الواحدة مرتين.

رون : لماذا كان هذا كذلك في ظنك؟

دان : لا أدري. لعلني أنا السبب.

فريتزي : لا، إنك إذا لم تتعرف إليهن جيداً، ما استطعن أن يكشفن عنك شيئاً، ولذلك تستطيع أن تتركهن ولديهن انطباع عن عظمتك لو أنك لم تخرج معهن إلا مرة واحدة فقط. (التفسير). (Mullan and Rosenbaum, 1962, pp. 173 — 75).

ولو أن هذه الفقرة لا تغطي إلا بضع دقائق قليلة من جلسة واحدة، إلا أنها تفيد في إظهار كيف أن الأفراد المختلفين في الجماعة يتخذون من خلال التغذية الرجعية والتفسير أدواراً علاجية. وعلى الجملة نقول إن التعلم الرئيسي الذي يظهر من الخبرة الجماعية يشتق من تفاعل المريض مع رفاقه المرضى ومن التفاعل المباشر مع المعالج كذلك.

العلاج الجمعي العائلي Family Group Psychotherapy:

يختلف العلاج العائلي عن أكثر المناحي الجمعية في العلاج في أن المتلقين للعلاج يكونون بالفعل وحدة كان لها كيانها من قبل العلاج. والأسرة المضطربة تأتي إلى العلاج ومعها أنماط من الانحراف لها تاريخ سابق طويل. ومع ذلك،

فإن الأسر التي تكون في حاجة إلى العلاج قليلاً ما ترى نفسها مضطربة أو تعاني من مشاكل عائلية. بل إنها في أكثر الأحيان تفد إلى العيادة النفسية بطفل مضطرب تقدمه بوصفه السبب في أنهم قدموا إلى العيادة.

على أن الغرض الرئيسي الذي يقوم عليه العلاج العائلي هو أن أعراض الطفل بمثابة انعكاس لصراعات اجتماعية في داخل الأسرة، وأن المريض هو الأسرة ـ لا الطفل ـ على الدوام، وأن سلوك الطفل لا يزيد عن أن يكون قناعاً لبعض المشكلات التي هي أكثر خطورة والتي تكون في الأسرة، مشكلات قد لا تكون متصلة بالطفل في بادىء الأمر. من ذلك، مثلاً، أن الصراع على السيطرة بين الأب والأم قد يظهر في خلاف حول موضوع التأديب. ولذلك يجد الطفل نفسه وقد فرض عليه أن يلعب دور مخلب القط العاجز في صراع لا دخل له فيه. وهو عندما يجد نفسه محصوراً بين قوى متحاربة، يستجيب لذلك بتنمية بعض الأعراض، والرسوب في المدرسة، والسلوك على أنحاء أخرى تمثل استجابته للورطة التي يجد نفسه فيها. وعلينا أن نلاحظ هنا ملاحظة عابرة هي أن هذه النظرة إلى المرض العائلي لا يزيد عن أن يكون اشتقاقاً اجتماعياً من النمط النفسي الداخلي. ثم تتحول الأعراض بعدئذ، فبدلاً من أن تعكس صراعاً نفسياً داخلياً، إذ بها تعكس صراعاً بين أفراد العائلة.

على أن هناك أسلوبين لاستمرار المرض العائلي هما اتخاذ كبش للفداء أولاً، وتنمية تحالفات مستترة ثانياً. ففي اتخاذ كبش للفداء نجد أن واحداً من الأطفال يوجه إليه اللوم الدقيق على أنه كان السبب فيما تواجه الأسرة من مشاكل. فكثيراً ما نجد المحادثات التي تدور في الأسر التي تقوم باتخاذ كبش للفداء تتضمن تعليقات من قبيل «لو لم يكن جيمي مريضاً، لكانت العلاقات بيننا جميعاً طيبة». وهم لا يفكرون مطلقاً، على عكس ذلك، في أن جيمي لم يكن ليمرض لو أن العلاقات بينهم كانت طيبة. وأما التحالفات المستترة فتقوم عندما يتضامن فردان أو أكثر من الأسرة تضامناً سرياً ليكونا علاقة وثيقة بينهما على حساب عضو آخر. والأمهات (أو الآباء) الذين يشعرون بالنبذ من أزواجهم ينتقمون أحياناً بأن يكونوا علاقات وثيقة قوية مع أطفالهم، وبذلك يدفعونهم بطريقة خفية إلى استبعاد الوالد الآخر. وهكذا يتمكنون من التعبير بصورة غير مباشرة عن الغضب الذي لا يستطيعون توصيله للآخرين بصورة

مباشرة. والعلاج العائلي يحاول أن يغير الأنماط الهدامة من هذا القبيل بأن يفتح قنوات الاتصال المسدودة، وبأن ينتقص من الأساليب الدفاعية، وأن يساعد على خلق جو من التبادل العائلي.

وقد ذهب جون بل John Bell أحد الأوائل من العاملين في مجال العلاج العائلي، في تصوره لهذا النوع على أنه يتم على عدة مراحل (1961). فهو يرى أن العلاج - بعد بعض الجلسات المبدئية التوجيهية - يمر خلال المراحل التالية:

مرحلة التمركز حول الطفل
مرحلة التفاعل بين الطفل والوالد
مرحلة التفاعل بين الأب والأم
مرحلة التفاعل بين الإخوة
مرحلة التمركز حول الأسرة

أما المرحلة الأولى فيكون الطفل فيها في مركز الجماعة، ويعطي فرصة التعبير عن شكاواه. وهو يشجع خلال ذلك على أن يقترح أنماط التغيرات التي يود أن يراها تتحقق. وأما في المراحل المتوسطة فإن التركيز يكون على الأنماط المختلفة من التفاعلات العائلية مع تشجيع أعضاء الجماعة على أن يمحصوا صحة التعميمات المنمطة التي يحملها أحدهم عن الآخر. ومن الموضوعات الشائعة خلال هذه المراحل الأسلوب الذي يعطل به كل عضو الاتصال الفكري العائلي الواضح. وفي المرحلة الأخيرة تناقش الأسرة بأكملها معنى الحياة العائلية المثمرة، وكيف يمكن لأحدهم أن يزود الآخر بالتأييد في الأدوار التي يقومون بها.

على أن تفحص الواقع reality testing الذي يتم عن طريق التغذية الرجعية فيما بين الأشخاص والذي نجده في أكثر صور العلاج الجمعي يلعب دوراً هاماً في العملية العلاجية. ففي حالة شاهدها المؤلف أتى الوالدان بابنهما المراهق (المريض) إلى العيادة لمساعدته على التغلب على مشاعر متكررة بالاكتئاب (المشكلة). وبعد سلسلة من المقابلات التشخيصية رؤي أن تقدم الأسرة بأكملها للعلاج العائلي. وقد كشف الأب، خلال العلاج عن أنه قضى فترة طويلة من الزمن مع ابنه يحاول أن يكون أباً طيباً له و«صديقاً». فلما تقدم العلاج واستشعر الولد قدراً أكبر من الحرية في أن يقول ما في ذهنه، واجه الأب بقوله

إنه كان لا يرى فيه معيناً ولا صديقاً، وإنما كان يراه مزعجاً ومقيّداً. وقد أحس الوالد بالصدمة أول الأمر وبالاستياء، ولكنه أدرك أنه بذلك يخذل نفسه وأهدافه فتراجع وعدل. ثم لم تلبث أن تحسنت علاقته بابنه من بعد ذلك، ثم تبين من بعد ذلك في مجرى العلاج أن إفراطه في الاستثمار في ابنه كان يعوضه عن المشاكل الزوجية التي كان يواجهها هو وزوجته. وتركز أكثر ما تبقى من العلاج في حل المشاكل التي تختص بالعلاقة الزوجية.

والعلاج العائلي ابتداع حديث نسبياً في مجال العلاج الجمعي، ولايزال هناك أمامه كثير من التجريب. وعلى الرغم من أن أكثر المشتغلين بالعلاج العائلي يميلون إلى العمل بالأسرة النووية فقط، أعني الأبوين والأطفال، إلا أن بعضهم يعمل مع الأسرة الممتدة كذلك. وهم حين يدمجون الأجداد في العلاج، إنما يزودون أعضاء الأسرة بفرصة عقد مقارنات عبر الأجيال بين الأبناء والآباء. بل إن من المعالجين من يدمج في الجماعة الأصدقاء والجيران. وقد حاول الدكتور روس سبك Ross Speck طبيب الأمراض العقلية الذي يعمل في مجال الأسرة، أن يجذب الأسر الأخرى وأتراب المريض إلى ما يسميه بالعلاج «الشبكي» network therapy (1967). ويرى سبك أن شبكة الأسرة ـ التي يمكن تعريفها في تجاوز بأنها جماعة من الأصدقاء والأقرباء والجيران ـ جهاز اجتماعي قوي قادر على خلق التغير العائلي الهام. فالأقران يمكن أن يستفاد بهم في تزويد الطفل المضطرب بالالتفات والتأييد، حين يكون الوالدان منغمسين في الصراعات الزوجية. كما أن الجيران يمكن أن يستعان بهم للتدخل في الأزمات المتعددة التي يبدو أن الأسر المضطربة تعمد دائماً إلى خلقها. وأخيراً، فإن الأقارب يمكن أن يقدموا ملجأً مؤقتاً للأطفال الذين يكونون ضحايا لعملية اتخاذ كبش للفداء. وعلى الرغم من أن العلاج الشبكي يعد ثورياً، إلا أنه لا يزيد في طرافته وغرابته عما كان عليه العلاج العائلي منذ عشر سنوات أو خمس عشرة سنة، حين تقدم الناس لأول مرة بفكرة علاج الأسرة كوحدة كاملة لأول مرة.

هذا وتشترك الصورتان من العلاج الجمعي اللتان ناقشناهما إلى الآن في عدد من الخصائص الهامة. كلاهما يؤكد قيمة أن يتحدث المرء عن مشاكله، وكلاهما يتطلب نوعاً من الالتزام أو التعاقد الممتد. لقد كان ينتظر ممن يشتركون في الجماعات العلاجية، إلى وقت قريب، أن يقضوا فترة طويلة من الزمن

ينغمسون فيها في تلك العملية البطيئة، عملية استكشاف الذات. ولكننا وجدنا خلال السنوات العشر الأخيرة ظهور عدد من الأساليب الجديـدة تتخلى عن التأكيد على الحاجة إلى التحليلات العقلية أو الالتزام الممتد. هذا الاتجاه الجديد يؤكد على المشاعر بدلاً من العمليات العقلية، والعلاج قصير المدى بدلاً من العلاج طويل المدى. وإلى أن يتيسر لنا عنوان أفضل، رأينا أن نتعرض لهذه الأساليب بعنوان «الجماعات الجديدة».

الجماعات الجديدة:

الجماعات التي تقع في هذه الطائفة هي عمليات قصيرة المدى تقاس فترة امتدادها بالأيام لا بالشهور، بل وكثيراً ما نجد العلاج فيها يبدأ وينتهي في عـطلة نهاية الأسبـوع. وهي تعرف بـأسماء من قبيـل جماعـات الحساسيـة، والمواجهة، والجشطلت، والماراثون، وتقدم لمن ينخرط فيها إمكانية المسـاعدة الكبيرة في فترة زمنية قصيرة نسبياً.

وعلى الرغم من أن هناك أنواعاً شتى لا حصر لها من هذه الجماعات، إلا أن أكثرها يستمد بدايته من أعمال معهد إسالين Essalen Institute في مدينة بيج سور Big Sur بولاية كاليفورنيا، أو من معامل التدريب القومية National Training Laboratories (NTL) في مدينة بيتيل Bethel بولاية مين. أما في إسالين حيث بدأت جماعة المواجهة فإن التأكيد يكون على إحداث التغير من خلال التفاعل الشديد بين الأفراد ومن خلال وعي المرء بجسمه. فالاهتمام الشديد يتركز حول الخبرات الجسمية (الرقص والتدليك واللمس)، والمصطلحات الأساسية هي النمو الفردي. كذلك تهدف معامل التدريب القومي إلى إحداث التغير عن طريق التفاعلات الشديدة بين الأشخاص. ولكن التأكيد في معامل التدريب القومية حيث نشأت جماعات الحساسية، ينصب على نمو البيئة المحلية **Community** أو المنظمة. ولذلك فإن خبراء معامل التدريب القومي يدعون أكثر ما يـدعون للمساعدة في تحسين العلاقات بين البيض والـزنوج في البيئـات المحلية التي تسودها الخلافات العنصرية، وفي حل مشاكل الأفراد في الصناعة.

على أن كلاً من جماعات المواجهة والحساسية قد صمم أساسـاً لتنمية العلاقات الصحية عن طرق تشجيع التواصل الفكري الذي يكون أكثر حظاً

من الأمانة والانفتاح. لكن هذا الهدف على جماله ليس من السهل تحقيقه، لأن الناس يتميزون بصفة عامة هي أنه قلما يكشف أحدهم عما يشعر به بالفعل نحو الآخرين، كما أنهم لا يكونون على استعداد للإفصاح عن المعلومات الشخصية ذات الطبيعة الوثيقة. وأكثر الناس يحرصون على إخفاء مشاعرهم الحقيقية إما للإبقاء على المظاهر أو حتى لا يصبح من السهل إيذاؤهم لدرجة خطيرة. ولذلك، فإن هذه الجماعات الجديدة تحاول تغيير هذا كله حين تشجع على الصراحة والإفصاح عن الذات.

ثم إن أكثر ما نجد من النشاط في داخل هذه الجماعات إنما يدور حول التعبير عن الانفعالات تعبيراً مباشراً غير مقيد. أي أن التعبير المباشر الفوري عن المشاعر والإفصاح عن الذات تصبح لها الأهمية الأولى، على حين تنخفض قيمة التأمل العقلي والفهم المعرفي. وكذلك يجبر الأعضاء على أن يكشفوا عن حقيقة شخصياتهم عن طريق التخلي عن دفاعاتهم والتحرر من عوامل الكف عندهم. ولعل العبارة: التعرية التامة letting it all hang out توضح ما تصر عليه هذه الجماعات الجديدة من الكشف عن الذات في وحشية ومن التعبير المفتوح عن المشاعر. أي أن المشتركين في هذه الجماعات يطلب إليهم أن يتنكبوا أدوارهم الاجتماعية العادية وأن يخلعوا أقنعتهم (وأحياناً ملابسهم) وأن يكونوا على سجيتهم.

والعملية التي تسهل مثل هذا السلوك والتي تتضمن مزيجاً من أساليب المواجهة والتمرينات غير اللفظية تضطر المشتركين في الجماعة إلى تفحص مدى اتصالهم بمشاعرهم وتعرفهم عليها. وهذا يتحقق بأن يكلف أعضاء الجماعة باستكشاف انفعالاتهم استكشافاً دقيقاً، على أن تستكشف هذه الانفعالات عند حدوثها في ظروف هنا والآن. أي أن الأعضاء يطالبون بتناول مشاعرهم وهي تحدث في الحجرة (هنا)، في لحظة وقوعها (الآن)، وبألاّ يبحثوا عن تفسيرات للعلاقات من خارج الجماعة أو من الماضي.

ومن الممكن أن نصور كيف تستخدم هذه الجماعات خبرة هنا والآن لمواجهة المشاعر بأن نقارن بين طريقة تناول الجماعة العلاجية التقليدية للغضب وطريقة تناوله لدى الجماعات الجديدة. لو أن واحداً من المشاركين في جماعة تقليدية أعلن أنه يشعر بالغضب من شيء ما، لطلب إليه أن يحاول الكلام عن

ذلك بشيء من التفصيل، ولحاول أعضاء الجماعة مساعدته على استشكاف غضبه حتى يمكن إلقاء الضوء على مصادره. أما في الجماعات الجديدة، فإن مثل هذا الشخص يطلب إليه أن يعبر بسلوكه عن مشاعر غضبه، أن يصرخ وأن يلعن، ثم أن يرى بماذا يشعر من بعد ذلك. ومثل هذه الخبرة تؤدي بالمشتركين غالباً إلى أن يروا إن كانوا قد التزموا الأمانة مع أنفسهم من حيث الانفعالات.

وأما التمرينات غير اللفظية والتي تتضمن استخدام اللمس فإنها محاولات لتصوير العلاقات الإنسانية بالاصطلاحات الجسمية، على أساس الافتراض القائل بأن حركات الجسم تكشف عما تخفيه الكلمات غالباً. ولذلك فإن استبعاد العناصر اللفظية من «الألعاب التي يلعبها الناس»، يجعل هذه الأساليب بحيث تظهر القضايا الهامة المتصلة بالعلاقات بين الأفراد. ففي تدريب «الطاحونة» Milling، وهو تدريب كثيراً ما يستخدم في الاجتماعات الأولية، يطلب إلى أعضاء الجماعة أن يدور كل منهم حول الآخرين في صمت وهو يستكشفهم بأي أسلوب يرى (اللمس أو الاصطدام أو بأن يحملق فيه بعينيه) ولأية فترة زمنية يرغب. ولأن أعضاء الجماعة لا يسمح لهم بالوسائل اللفظية المعتادة من قبيل «ما موطنك؟» و«ما مهنتك؟» و«ما هو تخصصك العلمي؟» نجدهم يضطرون إلى التواصل أو التفاهم من خلال قنوات أخرى تكون شخصية بدرجة كبيرة. وفي تدريب «الاقتحام» Break - in، وهو أسلوب آخر غير لفظي، يقوم كل الأعضاء فيما عدا واحد منهم بالتشابك عن طريق الأذرع والأرجل حتى تتكون من ذلك كله دائرة محكمة يحاول الفرد المتبقي اقتحامها والوصول إلى مركزها. وهذا الأسلوب الفني يستخدم لشحذ مشاعر الانعزال الاجتماعي ولإظهار ما قد يكون لدى الفرد من أفكار تتصل بموضوع التقبل.

بل إن التصارع القديم بالذراع قد يلتجأ إليه كتدريب غير لفظي فعال، خصوصاً حيث يكون الأمر بصدد القوة والتنافس والغضب:

> «وعندما يتخذ الغضب صورة مشاعر تنافس قوية بالإضافة إلى خوف سطحي من الانهزام، ذلك الخوف الذي يغطي في أكثر الأحيان خوفاً لا شعورياً من الانتصار، قد يُسأل المشترك الميال إلى التنافس «من في هذه الحجرة تود لو أنك نافسته إلى درجة أكبر من غيره؟ أو من الذي تخشى منافسته أكبر خشية؟» وقد يقترح المعالج عندئذٍ ذلك الأسلوب الفني غير اللفظي القائم على التصارع بالذراع والذي سرعان ما تلتقطه الجماعة وتستخدمه تلقائياً كوسيلة مساعدة من بعد ذلك. في هذا الأسلوب يضع كل من المتنافسين ذراعه اليمنى معاً على الأرض أو المنضدة وقد التحم المرفق بالمرفق، ثم يحاول

كل منهما أن يجبر ذراع الآخر على الهبوط. والذي يحدث دائمًا تقريباً أن كلاً من المتنافسين يصبح منغمساً في ذلك أشد الانغماس، وأن المتنافس المنهزم لا يبدو عليه أنه يخبر شيئاً من الاستياء، وأنه ينتشر بين الجماعة عادة إحساس متبادل بالمرح والانتعاش. كذلك كثيراً ما نجد استبصارات تلقائية مفاجئة تتصل بمعنى التنافس («كنت أود أن أفوز، ولكن يا إلهي، أظنني أتلفت المباراة» - («يا إلهي، هل أخشى الفوز؟») («كنت فزعاً من أن أفوز عليه»). («خيل إلي أني سأموت إن لم أنتصر. لم أكن أعلم أن إصراري على الانتصار سيصل إلى هذا الحد»)
Mintz, 1967, p. 68

والأساليب الفنية من هذا النوع، على الرغم من أنها تأخذ مظهر الهزل واللعب، يحملها المشاركون في الجماعة العلاجية محمل الجد الخالص. ثم إنه كثيراً ما تؤدي أساليب المواجهة والتدريبات غير اللفظية إلى التعجيل بردود الأفعال العميقة، كما أنها قد تسببت في بعض الأحيان في درجات خطيرة من الانسحاب أو الاكتئاب. ذلك أن كثيراً من الناس لا يكونون على استعداد لمواجهة أشياء يعجزون عن أن يمتثلوها أو يستسيغوها. ولذلك فقد أثيرت حديثاً تساؤلات حول حظ الأفراد الذين يديرون هذه الجماعات من التدريب والالتزام الخلقي.

ثم إن هناك قضية خطيرة تتعلق بانعدام خدمات المتابعة للأعضاء المشتركين في الجماعة. إذ أن كثيراً من قادة الجماعات ينتقلون من مدينة إلى مدينة لإدارة الجماعات وقيادتها، ثم لا يكونون ملتزمين من قبل الأفراد أو أعضاء الجماعة بمجرد انتهائها. أما في أكثر مجموعات العلاج التقليدية فإن المعالج يظل في البيئة المحلية بعد أن تكون الجماعة قد انتهت، وبذلك يمكنه أن يقدم الخدمات والمساعدة أو أن يعمل بوصفه مصدراً للتحويل إن لزم الأمر. وأما الجماعات الجديدة، فإنها لا تقدم هذا النوع من المساندة بسبب أنها ذات طبيعة قصيرة المدى. ولذلك فإن عضو الجماعة الذي يبدأ يخبر مشاكل نفسية خطيرة عليه أن يعتمد على نفسه تماماً.

لكن المغنمسين في حركة الجماعات الجديدة يقابلون هذا النقد بادعاء يقررونه هو أن الجماعات الجديدة لا يقصد بها إلى علاج المضطربين من الناس، وإنما هي صممت بهدف تحقيق النمو الشخصي. وأن أفضل وصف لها أنها «علاج للأسوياء». لكن هذه الصورة من الأرستقراطية النفسية psychological elitism ليس من السهل تبريرها. كيف يمكن أن نضع الحد الفاصل بين السواء والعصاب، أو أن نميز بين ما قد يكون لدى عضو الجماعة من الميل إلى الضيق

والتوتر، وما قد يكون لديه من استعداد للاكتئاب الخطير؟ ومهما يكن الأمر فإن قادة هذه الجماعات الجديدة لم يبذلوا إلا أقل المجهودات للتعرف على هؤلاء الأعضاء المشتركين الذين قد تكون الخبرة الجماعية بالنسبة لهم خبرة مدمرة.

ثم إن هناك نقداً أكثر خطورة لهذه الجماعات هو أن كثيراً من قادتها ممن يسمون «بالمدربين» أو «الميسرين facilitators» لا يحملون شهادات مهنية. ونحن لا نعني بهذا أن الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة Ph. D. أو دكتوراه الطب M. D. ضمان تلقائي للكفاءة. ولكن الحصول على المؤهل يضمن لنا أن صاحبه قد تعرض لنوع من التدريب المهني، نوع يستغرق عدة سنوات في العادة ويتم تحت إشراف دقيق وثيق. لكن كثيراً من الميسرين والمدربين لا تجد لديهم من الخبرة بالعمل مع الناس إلا القليل، إن وجدت شيئاً؛ بل إن بعضهم يتخذ دور القائد لمجرد أنهم اشتركوا في جماعة من قبل.

ومع ذلك فإن الإنصاف يقضي بأن نبين أن إسالين Esalen ومعامل التدريب القومية NTL لهما برامجهما التدريبية الخاصة ويعقدان الندوات بانتظام للمتخصصين في المجال. ولكن، لأن قادة الجماعات لا يجازون أو يعتمدون على أي نحو رسمي، أصبح من الممكن لأي فرد أن يخلع على نفسه لقب مدرب أو ميسر وأن يمارس عمله من غير أن يكون له في ذلك سابقة خبرة أو تدريب. إن الشعب الأمريكي، بما له من استعداد غريب لتلقي الحلول السريعة والبسيطة للمشكلات المعقدة، يتيح فرصة الإثراء والوجاهة الاجتماعية لمن يشتغل بهذه الأمور. سيقال، ما الذي يمكن أن يخسره المرء إن هو اشترك في جماعة مواجهة لعدة أمسيات أو خلال عطلة نهاية الأسبوع؟ الجواب بمنتهى البساطة أننا لا نعلم. وربما كان أقصى ما نستطيع قوله أنه إن كانت هناك فائدة يمكن تحصيلها، فإن هناك كذلك خسارة محتملة.

ومع ذلك، وعلى الرغم مما يرتبط بالجماعات الجديدة من مشكلات، فالظاهر أنها قد جعلت تؤثر تأثيراً إيجابياً في الأنواع التقليدية من العلاج الجمعي. فقد بدأ كثير من المعالجين يتدبرون في جد كيف أن التعبير بالجسم يمكن أن يستخدم لتحقيق الأهداف العلاجية، كما أن من بينهم من أدخل أساليب المواجهة في طريقتهم الجمعية. كذلك نجد أن جماعات الحساسية قد استخدمت في التدريب المهني للإخصائيين النفسيين وأطباء الأمراض العقلية، كما

استخدمت في مشروعات الصحة العقلية في البيئة المحلية التي تتضمن إعداد أصحاب التخصصات المجاورة paraprofessionals.

منحى البيئة المحلية The Community Approach :

من الواضح أن بعض التغيرات الجوهرية قد أخذت تقع في علاج السلوك الشاذ. وفي الفقرات التالية نتتبع هذه التغيرات متجاوزين نطاق العلاج الفردي والعلاج الجمعي، ومتخطين العلاج السلوكي والجماعات الجديدة، لنصل إلى الوقاية التي هي موضوع قد أحسن تناوله بوضوح في مجال الصحة العقلية للبيئة المحلية.

لعل أحسن وسيلة لتصوير الوقاية هي بأن ننظر إلى المرض العقلي على أنه عملية أو سلسلة من المراحل تطرأ فيها المشكلات الشخصية والأزمات، ثم نجرب الحلول (التي تفشل)، ثم يبزغ عنها أنواع السلوك المنحرف. وفي أكثر الأحيان نجد العاملين في الصحة العقلية لا يتدخلون إلى عند الطرف النهائي من هذه العملية، كما أن أغلب عمل الصحة العقلية بما في ذلك نشاط التخصصات المجاورة التي وصفناها في الفصل الرابع يتضمن تقديم الخدمات بعد وقوع الاضطراب الخطير. أما التأكيد على الجانب الوقائي فيتضمن التدخل عند نقطة أسبق زمنياً، نقطة تقع فيما بين وقوع الأزمة ومرحلة البحث عن الحل، ثم تقديم البدائل للأشخاص الذين هم في ضائقة. وهذا الأسلوب الذي يشار إليه بالتدخل في الأزمات يحاول تجنب ظهور الأعراض ونشأة السلوك غير الاجتماعي.

على أن فكرة التدخل في الأزمات تقوم على أساس ما لوحظ من أن مواقف الأزمات تحمل إمكانية تعلم السلوك التكيفي كما تحمل إمكانية نشأة السلوك المنحرف. ذلك أن كثيراً من الناس تمر بهم الظروف العصيبة فلا يتأذون بها، ويبدو كذلك أنهم قد تعرضوا لتغير دائم في شخصياتهم. بل إن النمو السوي يمكن تصوره على أنه سلسلة من الأزمات الشخصية التي تساعد على نمو الشخصية إذا تم التغلب عليها. قد ذهب جيرالد كابلان Gerald Caplan ـ أحد الكبار ممن أسهموا في حركة الصحة العقلية في البيئة المحلية ـ إلى أن الفرد يكون متفتحاً هشاً بدرجة زائدة خلال الأزمات، وأن التدخل الفوري المباشر إن

أحسن توقيته، يمكن أن يحدث تغيرات دائمة في السلوك (١٩٦٤). ولذلك يظن أن المعونة الحاذقة قصيرة المدى التي تقدم عند ذروة الأزمة أكثر فعـالية من العلاج الطويل الذي يقدم بعد أن يكون الموقف قد برد.

وقد قام مورتون بارد Morton Bard الإخصائي النفسي الذي يعمل في كلية المدينة City College في جامعة مدينة نيويورك بتجميع مفاهيم الوقاية، والتدخل في الأزمات، مع الحاجة إلى تنمية موارد الصحة العقلية في البيئـة المحلية حين بدأ تدريب ضباط البوليس على التعامل مع الصراعات العائلية (1970). ولعل هذا المزيج الغريب في ظاهره لا يبدو غريباً غير عادي إذا نحن تفحصنا بعض الجوانب الفريدة لحياة المدينة وتفاصيل عمل البوليس في المدينة الكبيرة.

ذلك أننا نجد في المراكز العمرانية الكبرى أن الازدحام والتنافس ومشاعر الاغتراب تخضع كلًّا من الفرد والأسرة للضغط المستمر. ثم إن مشكلات الحياة العائلية تزداد حدة في المناطق المتخلفة حيث يتضافر الفقر مع مشاعر العجز في خلق الإحباط الذي ينفجر من بعد ذلك في عنف. ورجال الشرطة ـ بوصفهم عوامل الضبط الاجتماعي ـ يصبح لا مناص من استدعائهم لتهدئة الاضطرابات العائلية العنيفة.

إن أكثر أوقات رجل الشرطة تنقضي في معالجة الخلافات الأسرية وغيرها من الاضطرابات الاجتماعية لا في السيطرة على الجريمة أو تنفيذ القانون كما يظن أكثر الناس. ومثل هذا النشاط لا يخلو من مخاطر. فقد بيَّن أحد التقـارير الحديثة الصادرة عن .F. B. I (مكتب التحقيقات الفديرالي) أن اثنين وعشرين في المائة ممن يستشهد من رجال الشرطة أثناء القيام بالواجب إنمـا ماتوا بعد أن استجابوا لشكاوى من وجود «اضطراب» ما، كان كثير منها ناتجاً عن سوء تفاهم عائلي. ثم أن الاحصائيات المتعلقة بجرائم القتل توضح لنا الصور بدرجة أكبر. إذ تبين إن نسبة ٣٥ بالمائة من جملة ٣٦٤ جريمة قتل ارتكبت في مدينة نيويورك، كانت تتضمن أفراد الأسرة الواحدة أو الأصدقاء الحميمين. كـما تبـين من دراسة لمجموع قدره ٦٧٢ حادث قتل في كليفلاند أن «قتل النفس الذي يرتكب أثناء السرقة يتعرض لقدر كبير من أضواء وسائل الإعـلام، ولكنه لا يمثل في كبر حجمه أو كثرته ما تمثله الخلافات الزوجية والعراك بين الأصدقاء».

(Bensing and Schroeder, 1960)

وعلى الرغم من هذه الإحصائيات، نجد رجال الشرطة قليلاً ما يتلقون تدريباً في ديناميات الأسرة، أو العلاقات الإنسانية، أو التدخل في الأزمات. ولذلك تراهم يضطرون إلى الاعتماد على إظهار السلطة أو القوة بشكل صاخب سافر، ويزجون بأنفسهم في مآزق بدنية حرجة. كما أن أساليب الشرطة التقليدية من شأنها أن تقمع لا أن تحل صراعات الأسرة، وأن تزيد من فساد العلاقات بين الشرطة والبيئة المحلية. وقد حاول بارد أن يكشف عن حلول جديدة لأمثال هذه المشكلات، فصمم مشروعاً تجريبياً يهدف إلى ١ - زيادة فاعلية الشرطة من حيث أساليب تناولها للخلافات الأسرية وإلى ٢ - مساعدة الأسر على مواجهة المشكلات بدرجة أكبر من الفاعلية بتقديم المساعدة النباءة في أوقات الأزمات.

وقد نفذ مشروع بارد لمدة سنتين واشتمل على مرحلتين. أما في مرحلة الإعداد التي استغرقت شهرين، فقد تلقى رجال الشرطة الذين اختيروا للمشروع جرعات كبيرة من المحاضرات والمناقشات المتصلة بالدوافع النفسية وديناميات الأسرة. كما أنهم اشتركوا بالإضافة إلى ذلك في عروض (مختبرية) للخلافات الأسرية يقدمها ممثلون من المحترفين. وكانت هذه العروض تتألف من سلسلة من التمثيليات القصيرة التي لم تكتب لها خاتمة حتى يضطر من يشتركون فيها إلى أن يقوموا بقدر معين من الارتجال. وفي كل رواية كان الممثلون المحترفون يلعبون أدوارهم التي سبق إعدادها لهم بينما يكلف اثنان من رجال الشرطة بالوقوف بعيداً عن المسرح بحيث لا يطلعون على ما يدور عليه. ثم تحين لحظة معينة في الرواية، لحظة تتميز بالخلاف الحاد، فيقذف بالشرطة إلى المسرح ويطالبون بالتعامل مع تلك الأزمة الفورية. كما يطالبون بمعالجة الأزمة على أحسن وجه يتمكنون منه، على الرغم من أنه لا يكون لديهم إلا قليل من المعرفة عما سبق اشتعال الخلاف وعن شخصيات أفراد الأسرة.

في أحد هذه المشاهد تؤدي الممثلة دور زوجة ألجأها الفزع إلى الاستناد إلى الحائط بينما زوجها الذي من عادته أن يضرب الزوجة وهو زنجي ضخم عملاق يتحرك متوعداً نحوها:

> «إنه سوف يضربني، إنه سوف يضربني ثانية» جعلت الممثلة تصرخ عندما اقتحم الشرطيان المشهد ليفترقا، وليتجه أحدهما إلى مساعدة المرأة المضروبة وليتجه الآخر إلى مواجهة الرجل.
>
> وزمجر رجل البوليس قائلاً للرجل وهو يدفعه تجاه زاوية في المسرح «لماذا تفعل

هكذا؟ ليست هذه طريقة لمعاملة المرأة. وليست هذه هي الطريقة التي يتصرف بها الرجال. إنك لست برجل». عندئذٍ، استجاب الممثل الزنجي بغضب، على الرغم من أنه كان يعلم أن الأمر لا يتجاوز التمثيل، واتجه نحو رجل الشرطة المتقدم صائحاً «من ذا الذي يقول إنني لست رجلاً؟»... Sullivan, 1968, p. 144

وبعد ذلك مباشرة جعل المشتركون يناقشون كيف تصرف أحدهم مع الآخر واستجاب له وسبب ذلك. وفي المثال السابق، تعلم رجل الشرطة الذي واجه الزوج أن أسلوبه في معالجة الموقف ـ عن طريق تحدِّي ذكورة الزوج ـ سبب من بين الأسباب الشائعة في أن رجال البوليس ينالهم الأذى. ثم أخذ رجال الشرطة يقدرون، من خلال لعب الأدوار؛ كيف أن من السلوك ما يحمل أخلص النوايا، ومع ذلك لا يعود على صاحبه إلا بالنتيجة العكسية. كذلك أضيف إلى هذا «التعليم عن طريق العمل» تدريبات في الحساسية تم فيها تشجيع الضباط على مواجهة مشاعرهم نحو أنفسهم بوصفهم رجال شرطة وبوصفهم رجالاً، وكذلك مشاعرهم نحو جماعات الأقلية.

وأما في المرحلة الإجرائية التي استمرت ما بقي من السنتين، فقد قام المشتركون بوضع ما تعلموه على محك الاختبار. وعلى الرغم من أنهم استمروا في الاجتماع بانتظام مع مستشاري المشروع، إلا أنهم كانوا قد خرجوا عن فصولهم الدراسية إلى الشوارع. وأطلق عليهم اسم «وحدة التدخل في الأزمات العائلية» Family Crisis Intervention Unit (FCIU)، وجعلوا يعملون في فرق صغيرة تغطي كل تقارير الاضطرابات الأسرية في منطقة مانهاتن رقم ٣٠، وهي بيئة محلية للشريحة الدنيا من الطبقة المتوسطة، وتتألف من نحو ٨٥,٠٠٠ نسمة في غرب هارلم. فإن حدث اضطراب عائلي في أي ناحية من أنحاء المنطقة أرسلت إليها على عجل فرقة من فرق «وحدة التدخل في الأزمات العائلية».

ولعل أحسن وصف لنتائج عمل هذه الوحدة هو سرد عدد من القصص الوصفية. في واحدة من هذه القصص، يروي أحد رجالها خبراته قائلاً:

«كان ذلك في الشارع رقم ١٤٥. وكان الزوجان من الجنوب. ذهبنا إلى هناك وتبينت مباشرة أن الرجل ثمل، ثمل جداً. كان زنجياً في حوالي الواحد والعشرين أو الثانية والعشرين من العمر، لم تنقض على قدومه إلى نيويورك أكثر من ستة شهور. وكانت الزوجة قد استدعت الشرطة بسبب خلاف ـ شيء يسير تافه. ولكنه كان يقف هناك، صغير الحجم، شديد التوتر، لأننا عندما دخلنا بأزيائنا الرسمية وعصيّنا، كنت تقرأ في وجهه أن خبراته السابقة برجال الشرطة لا بد وأنها كانت عنيفة.

«كنت تستطيع أن ترى الخوف في عينيه والعداوة في وجهه. كانت قبضتاه قد تجمعتا، وكان على استعداد للعراك معنا. الله يعلم ماذا كان يفعل لو أنه كانت معه بندقية أو سكين. واتجهت نحو مائدة المطبخ وفتحت قميصي وأخبرته في أسلوب هادىء لطيف أنني أريد التحدث معه، ولكنه لايزال متوترا ولايزال ينظر إلى عصاي. وكانت العصا تحت ذراعي فقمت بتعليقها على كرسي قريب، عن عمد، لأريه أنني لا أقصد شيئاً، وقلت أنظر، أنا لست بحاجة إليها. كنت أحاول أن أقول له: أنا لا أحتاجها لأنك تبدو لي رجلاً لطيفاً. أنت لا تتهددني، ولذلك فإنني لن أتوعدك! لقد كان عليَّ أن أبينً لهذا الإنسان أنني لست فظاً أو وحشاً أو نازياً أو فاشياً من النوع الذي يظن أن كل رجال الشرطة منه.

«ولذلك فقد هدأ روعه قليلاً. ثم خلعت قبعتي وقلت: هل تسمح لي بالتدخين؟ ونظر إلي نظرة استغراب، فقلت «أنا أدخن السيجارة، ومن الناس من لا يحب رائحة السيجار في بيوتهم، ولهذا هل تأذن لي في أن أدخن؟ فقال الرجل «آه طبعاً، طبعاً». وكنت ترى عندئذٍ أنه قد أخذته الدهشة، شعرت أنه رأى فينا جانباً إنسانياً، أنني احترمته واحترمت بيته.

«ثم جلس الرجل، وبدأ هو وزوجته يحدثاننا بما كان بينهما. وعندما شرحت لها سبب ضيقها ابتسمت وقال: نعم، نعم، نعم، أي أنها تظن أننا قد اتخذنا جانبها وأيدناها هي. ثم شرحنا لماذا استبد به الضيق فابتسم وأمّن بقوله، نعم، نعم، نعم؛ الآن نحن في صفه. وهكذا انتهى الأمر بأن صافحنا كل منهما وهما سعيدان، ولم يحدث من بعد ذلك أن تلقينا استدعاء آخر منهما» (Sullivan, 1968, p. 142)

وهناك رجل شرطة يدعى آلبرت روبرتسون قضى إحدى عشرة سنة في خدمة الشرطة وعضو في «وحدة التدخل في الأزمات العائلية» يصور لنا خبراته في واقعة مماثلة. والحالة تتضمن رجلاً وزوجته ظلا طوال الليل يتعاركان. وكانت الزوجة أول من يقترب من روبرتسون وهو يدخل شقتهما في البدروم:

«أنظر ماذا فعل بي؛ لقد ركلني في بطني. أريدك أن تعتقله». فيقول الزوج «اللعنة، واعتقلها هي أيضاً» ويمد ذراعه ليبين المكان الذي جرحته فيه زوجته بسكين المطبخ». سأمضي إلى الحدِّ الذي تمضي هي إليه، وإلا كان عليك أن تقاتلني أنا».

وفي حرص، وقد شاعت نظرة تدل على التعب في وجهه المستدير الطيِّب، يبدأ روبرتسون يخلع قميصه وقبعته، ويطرح جانباً دفتره الأسود على منضدة الصالة، ويغوص ببطء في الكرسي المريح الوحيد الموجود في غرفة المعيشة. ويسأل «ماذا أنتم تشربون هذه الأيام؟»، فيجيب الرجل الضخم المتجهم «سكوتش». فيقول روبرتسون للمرأة «هلاَّ أتيتني بجرعة صغيرة منه ياعزيزتي؟»، ثم يخلع حذاءه ويدعك قدمه بيده ويحرك أصابع قدميه، ويقدم الرجل شراب السكوتش إلى روبرتسون، ولكن الشراب ليس به شيء من قطع الثلج، فيطلب روبرتسون من الزوجة أن تأتيه ببعض الثلج.

ثم يشرح روبرتسون «وعند ذلك تأخذهم الدهشة من أني أجلس في كرسيهم،

احتسي شرابهم (ولو أنه في حقيقة الأمر لم يشربه أبداً) إلى درجة أننا نستطيع الآن أن نتبين ما كانا يتقاتلان من أجله. وإذا بي من حيث لا تشعر قد أصبحت أحد أفراد الأسرة» Sullivan, 1968, p. 150

لعله من الواضح، إذن، أن رجال الشرطة هؤلاء يتخذون موقفاً يختلف عن موقف الشرطة عادة. وقد تعلم شرطة «وحدة التدخل في الأزمات العائلية» نتيجة لتدريبهم ألا ينحازوا لأحد الجانبين، أو أن يصطنعوا الخشونة أو أن يهددوا باعتقال كل من تقع عينهم عليه. وهم قليلاً ما يشهرون سلاحهم، وكثيراً ما يتركون هراوات الليل وراءهم في سيارة الدورية. ولعل الأهم من هذا كله أنهم يحرصون على ألا يهددوا رجلاً في ذكورته أو أن يحطوا من قدر أنوثة امرأة.

وقد كان التقويم من الجوانب الهامة في برنامج «وحدة التدخل في الأزمات العائلية». ذلك أن القصص والنوادر وإن كانت تلقى بأضواء مشرقة على البرنامج وكيف يعمل، إلا أن المقارنات الإحصائية لازمة من أجل تقدير فعاليته الإجمالية. ومن بين النتائج الهامة ما يتعلق بنسب جرائم القتل في المنطقة الثلاثين من قبل البرنامج وبعده. فعلى الرغم من أن جرائم القتل العائلية ازدادت بعض الشيء على مجرى الدراسة، إلا أنه لم تقع جريمة واحدة منها في الأسر التي كانت تراها «وحدة التدخل في الأزمات العائلية» والتي بلغت ٩٦٢ أسرة. أضف إلى ذلك أنه لم تحدث إصابة واحدة لأي عضو من أعضاء هذه الوحدة خلال السنتين الكاملتين، وهذه نتيجة مذهلة إذا عرفنا أن رجال الشرطة الذين يتدخلون في الخلافات العائلية يتعرضون كثيراً للإصابات. ولذلك فقد كانت التجربة ناجحة نجاحاً رائعاً بأكثر المقاييس، وبذلك أشارت إلى الطريق الذي ينبغي لمشروعات المستقبل أن تسير فيه.

خاتمة:

أنواع العلاج النفسي وأساليب التدخل التي استعرضناها في هذا الفصل لا تمثل إلا عينة صغيرة من المناهج الكثيرة التي تستخدم في علاج السلوك الشاذ. وأقل ما يقال إن استعراضنا يبين أن هناك تغيُّرات هامة أخذت تطرأ على المجال. من ذلك أنه يبدو أن هناك شيئاً من التحول عن العلاج الفردي إلى استخدام الجماعات والبيئات المحلية كوسائل للعلاج، ولو أن الإحصاءات

الدقيقة بهذا الصدد غير ميسورة بعد. ولعلنا نفهم السبب في هذا التحول إذا نحن قدرنا أن أنواع المشكلات التي يخلقها المجتمع سريع التغير تجعل الصور الاجتماعية للعلاج أكثر جاذبية.

على أن هذا الخليط من أساليب العلاج المختلفة يمكن إذا انضاف إلى الطائفة الواسعة من الاضطرابات النفسية أن يولد عدداً من الأسئلة المثيرة. من ذلك على سبيل المثال: هل يستطيع الفصاميون أن يفيدوا من العلاج الجمعي؟ هل يحتاج العصابيون إلى خدمات شخص متخصص تخصصاً عالياً دقيقاً؟ ما هو أحسن علاج يمكن أن يقدم للحالات السيكوباثية؟ هل ينبغي لكل شخص أن يتلقى العلاج؟ ربما كان من الميسور أن نلخص كل هذه الأسئلة في سؤالين أساسيين سيواجههان من يدرس سيكولوجية السلوك الشاذ في المستقبل: من الذي ينبغي علاجه وبأي منهج؟ من الذي سيقدِّم العلاج؟

حاولنا أن نجيب عن السؤال الأول في الجزء الأسبق من هذا الفصل بالمقارنة بين المناحي النفسية الداخلية والمناحي السلوكية. وقد رأينا عندئذٍ أن الأساليب السلوكية قد تكون أحسن الوسائل لتناول الاضطرابات التي تكون الأعراض فيها واضحة يسهل تحديدها، على حين أن المناحي النفسية الداخلية قد تفيد أكبر إفادة في تناول الاضطرابات التي تتضمن الاغتراب والاكتئاب ومشاعر النقص. كذلك أشرنا عندئذٍ إلى أن عدداً معيناً من الأساليب الفنية المتجهة نحو النشاط action — oriented من قبيل العلاج الموجِّه قد تكون أفعل في تناول الاضطرابات الفصامية من أنواع العلاج التي تحاول تحقيق التغير من خلال استخدام الانغماس الانفعالي العميق والاستبصار. ومن يدري فلعل المستقبل يكشف لنا عن تصنيف لأساليب العلاج بحيث تستخدم مناهج معينة في علاج بعض الاضطرابات المعينة وهكذا.

ثم إن السؤال عن أنسب مناهج العلاج يتضمن افتراضاً مؤداه أن كل من يحتاج المساعدة النفسية سوف يحصل عليها. لكن هذا الافتراض غير صحيح دائمًا، كما رأينا في الفصل الرابع. فإن من الحقائق المقررة أن أغلب الأشخاص الذين يشكون اضطراباً خطيراً إنما يأتون من الطبقات الاقتصادية الاجتماعية الدنيا، وأنهم أقل الناس تلقياً للأنواع التقليدية من العلاج النفسي، أو أقل الناس قدرة على أن يحسنوا تلقيها. كذلك يبين لنا أولئك الذين اتصلوا اتصالاً

وثيقاً بالطبقات البائسة كيف تنعدم عند الطبقات الدنيا الثقة في المختصين بالصحة العقلية وفي مناهج علاجهم التقليدية. إن الطبقات المحرومة اقتصادياً وتربوياً تتجه نحو القضايا العملية والمصالح المباشرة ولا تلتمس المعونة إلا في أوقات الأزمات فقط. كما أن القيم في حياتها تختلف اختلافاً واضحاً عن القيم التي نجدها لدى أكثر المعالجين النفسيين، ولذلك نجدهم لا يلقون إلا التغاضي أو يعالجون بمناهج سريعة فعالة من قبيل العقاقير.

وقد تزايد عدد الإخصائيين النفسيين الذين يؤمنون أن الوسيلة الوحيدة للتعامل مع خطورة هذه المشكلة تكون بالتركيز على اجراءات **الوقاية** بدلاً من اجراءات **العلاج**. فإنه على فرض أن لدينا من المختصين الفنيين عدداً كافياً يمكنه علاج كل المرضى الذين تمتلىء بهم مستشفياتنا، نجد أنه ليس لدينا من التكنولوجيا العلاجية ما نحتاج إليه لعلاج هؤلاء المرضى علاجاً فعالاً. ذلك أن كثيراً من الأساليب التي عرضناها في هذا الفصل، وعلى الرغم من أنها أساليب تبشر بالخير، لاتزال تعد في مرحلة التجريب. أما التأكيد على الوقاية فيتطلب من الإخصائيين النفسيين أن يكتسبوا المهارة في تنمية الموارد البشرية وأن يزداد اتصالهم وانغماسهم النشيط في المؤسسات الأولية للمجتمع. أعني أن الأنظمة التربوية والقانونية شأنها شأن الأسرة تصبح عندئذٍ بمثابة أهداف أولية تتوجه نحوها المجهودات الوقائية التي يقصد بها إلى الإقلال من ظهور السلوك الشاذ غير السوي. وقد رأينا مثالاً لذلك فيما قام به بارد Bard من أعمال مع شرطة نيويورك لتكوين «وحدة التدخل في الأزمات العائلية».

كذلك ناقشنا في الفصل الرابع مسألة من الذي يتولى تقديم العلاج. فقد درس إمكان استخدام الفنيين غير المتخصصين paraprofessionals بوصفهم عاملين في مجال الصحة العقلية في مشروع رايوك Rioch الذي تضمن ربات البيوت؛ وكذلك في مشروع المستشفى الذي استخدم طلاب الجامعات. أضف إلى ذاك أن البراهين الحديثة تبين أن التدخل عن طريق العاملين غير المتخصصين في الصحة العقلية أمر يزيد عن أن يكون حلاً يقع في المرتبة الثانية من الجودة بعد الاستفادة من المتخصصين الفنيين. فقد قام بوزر Poser (1966) بدراسة حديثة لتقدير أثر العلاج الجمعي في الفصاميين المزمنين باستخدام المتخصصين الفنيين وعدد من طلاب الجامعات غير المدربين للعلاج. وقد بينت

نتائج دراسته بوضوح أن المرضى في المجموعة التي قام على علاجها طلاب الجامعات أحرزوا تقدماً أكبر من النتائج التي أحرزها المتخصصون الفنيون. وقد نسب صاحب هذه الدراسة هذه النتيجة إلى ما تميز به طلاب الجامعات من قدر أكبر من الاهتمام والحماس والنشاط. ولذلك نقول إن هذه النتائج وغيرها تشير إلى ما قد يحمله المستقبل من استخدام أكبر لغير المتخصصين.

على أن أساليب العلاج المبتدعة لا تبزغ من الفراغ. وإنما هي دائمًا تعكس التغيرات التي تطرأ على مفهومنا عن السلوك المنحرف. ففي سنة ١٩٦٠ قام توماس زاز Thomas Szasz بنشر كتاب موضع نظر عنوانه «أسطورة المرض العقلي» The Myth of Mental Illness رأى فيه أن مفهوم المرض العقلي لا يزيد عن أن يكون مسكناً أو مهدئاً اجتماعياً، أو «أسطورة» من شأنها أن تحجب عدداً من الحقائق الثابتة عن الحياة، تلك الحقائق التي لا تقبل التغير. من هذه الحقائق مثلاً أن الحياة الاجتماعية بطبيعتها مليئة بالمشاكل. ولذلك رأى زاز أن البشر يواجهون دائمًا «بمشاكل الحياة» التي يؤدي بعضها إلى نشأة بعض السلوك الذي لا يمكن فهمه مباشرة. ونحن حين نذهب إلى أن مثل هذا السلوك يتولد من قوة معينة غير منظورة اسمها «المرض العقلي» لا نزيد على أن ننشر الغموض على الموضوع بأن نخلع صفة المرض على مشكلات هي اجتماعية بطبيعتها بالدرجة الأولى. ولذلك نقول إنه لعل ما نشهده اليوم إنما هو نشأة اتجاه جديد في النظر إلى السلوك المنحرف على أنه «مشكلات في المعيشة».

ذهبنا في الصفحات الأولى من هذا الكتاب إلى أن المناهج التي يتجه إليها الناس في علاج السلوك الشاذ مرتبطة بنماذج المرض النفسي السائدة لديهم. والمناقشة السابقة وجدناها تشير إلى أن النماذج التي يتشيع لها الناس حالياً تتعرض لبعض التغيرات. فإن نماذج المرض النفسي من النوع النفسي الداخلي ومن النوع السلوكي، وكذلك الحديث عن الأعراض واضطرابات الطفولة ـ نقول إن هذا كله يبدو أنه يتحول ليصير وجهة نظر جديدة في السلوك الإنساني، وجهة نظر أكثر اصطباغاً بالصبغة الاجتماعية. صحيح أننا التفتنا في الماضي إلى الطبيعة الاجتماعية للإنسان، وإلى حاجة الانسان إلى الانتماء، ولكن نموذج المستقبل قد يزداد تأكيده على ما يربط بين الناس من اعتماد بعضهم على بعض. ولذلك نقول إن بعض المفاهيم من قبيل العلاقة الوثيقة، والتبادل،

والالتزام قد تحل في آخر الأمر محل مفاهيم من قبيل الأنا الأعلى، والتثبيت، والعصاب، والذهان. بل إن نموذج المستقبل قد يتضمن كذلك مفهوماً جديداً. ذلكم هو مفهوم الحب.

المـــراجـــع

ABELSON, H., COHEN, R. HEATON, E., and SUDER, C. 1970. Public attitudes toward and experience with erotic materials. *Technical reports of the Commission on Obscenity and Pornography*, vol. 6. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office.

Action for Mental Health. 1961. New York : Willey. Science Editions.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1968. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (2d ed. DSM-II). Washington: American Psychiatric Association.

ANON. (E. THELMAR) 1932a. *The maniac.* London: Watts.

ANON. 1932b. *I lost my memory: The case as the patient saw it.* London: Faber & Faber Ltd.

BARD, M. 1970. *Training Police as specialists in family crisis intervention.*

U. S. Department of Justice document PR 70-1 (Law Enforcement Assistance Administration). Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office (May, 1970).

BATESON, G., JACKSON, D. D., HALEY, J., and WEAKLAND,

J.H. 1956. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1:251-64.

BECKER, W. C. 1959. The process-reactive distinction : A key to the problem of schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease* 129: 442-49.

BELKNAP,I. 1956.*Human problems of a state mental hospital.* New York: Mc Graw-Hill.

BELL, J. E. 1961. *Family group therapy.* Public Health Monograph No. 64. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office.

BENSING, R. C., and SCHROEDER, O. 1960. *Homicide in an urban community.* Springfield, III. : Charles C. Thomas.

BEN-VENISTE, R. 1970. Pornography and sex crime — the Danish experience. *Technical reports of the Commission on Obscenity and Pornography.* vol. 7. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office.

BERR, C. S. 1916. Obscessions of normal minds. *Journal of Abnormal* Psychology 11: 19-22.

BIEBER, I., *et al.,* 1962. *Homosexuality: a psychoanalytic study.* New York: Basic Books.

BREUER, J., and FREUD, S. 1950. *Studies in hysteria.* Boston: Beacon Press. (Originally published in 1895.)

BROEN, W. E., and STORMS, L. H. 1966. Lawful disorganization: The process underlying a schizophrenic syndrome. *Psychological Review.* 73: 265-79.

BRUNER, J. S. and C. C. GOODMAN. 1947. Value and need as organizing factors in perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 42: 33-44.

CAMERON, N., and MARGARET, A. 1951. *Behavior pathology.* Boston: Houghton Mifflin.

CAPLAN, G. 1964. *Principles of preventive psychiatry.* New York: Basic Books.

CASHDAN, S.1966. Delusional thinking and the induction process in schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology* 30(3), 207-12.

CHAPMAN, L. J., and TAYLOR, J. A. 1957. Breadth of deviate concepts used by schizophrenics. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 54: 118-23.

CHRUCH, J. 1961. *Language and the discovery of reality.* New York: Random House.

CLECKLEY, H. M. 1948. Antisocial Personalities. In *An introduction to clinical psychology,* ed. L. A. Pennington and I. A. Berg. New York: The Ronald Press Co.

CUSTANCE, J. 1952. *Wisdom, madness, and folly.* New York: Pellegrini and Cudahy.

DOLLARD, J., AND MILLER, N. E. 1950. *Personality and psychotherapy.* New York: McGraw-Hill.

DRAGUNS, J. G. 1963. Responses to cognitive and perceptual ambiguity in chronic and acute schizophrenics. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 66: 24-30.

EPSTEIN, S. 1953. Overinclusive thinking in a schizophrenic and a control group. *Journal of Consulting Psychology* 17: 384-88.

ESQUIROL, J. E. D. (*n.d.*) *Maladies mentales,* cited in Zilboorg, G. and Henry, G.W. 1941. *A history of medical psychology,* N.Y. : Norton, p. 570.

FORT, A, A. 1960. Patterns of role dominance and conflict in parents of schizoprenic patients. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 61 (No. 1) : 31-38.

——, and RING, K. 1965. The influence of perceived mental illness on inter-personal relations. *Journal of Abnormal Psychology* **70: 47-51.**

FARIS, R. D. L., and DUNHAM, H. W. 1939. *Mental disorders in urban areas.* Chicago: University of Chicago Press.

FORT J. 1969. *The pleasure seekers: The drug crisis, youth and society.* Indianapolis: Bobbs-Merrill; reprinted by Grove Press.

GARMEZY, N.; CLARKE, A. R.; and STOCKNER, C. 1961. Child rearing attitudes of mothers and fathers as reported by schizophrenic and normal patients. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 63: 176-82.

GOFFMAN, E. 1961. *Asylums.* New York: Doubleday — Anchor.

——. 1963. *Stigma.* Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

HALEY, J. 1963. *Strategies of psychotherapy.* New York: Grune & Stratton.

HARPER, R. A. 1959. *Psychonalysis and psychotherapy.* Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

Harris, J. G., JR. 1957. Size estimation of pictures as a function of

thematic content for schizophrenic and normal subjects. *Journal of Personality* 25: 651-71.
HERRON, W. G. 1962. The process-reactive classification of schizophrenia. *Psychological Bulletin* 59: 329-43.
HESS, J. H., and THOMAS, T. E. 1963. Incompetency to stand trial: procedures, results, and problems. *American Journal of Psychiatry* 119: 713-20.
HOLLINGSHEAD, A. B., and REDLICH, F. C. 1958. *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
HOLZBERG, J. D., KLAPP, R. H., and TURNER, J. L. 1967. College students as companions to the mentally ill. In *Emergent approaches to mental health problems,* eds. E. L. Cowen, E. A. Gardner, and M. Zax. New York: Appleton-Century-Crofts, chap. 6.
HOOKER, E. 1957. The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques* 21: 18-31.
HUMPHREYS, L. 1970. *Tearoom trade: Impersonal sex in public places.* Chicago: Aldinc-Atherton.
KALLMAN, F. J. 1946. The genetic theory of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 103: 309-22.
——. 1953. *Heredity in health and mental disorder.* N.Y. : Norton.
KATZ, S. 1953. My twelve hours as mad man. *Maclean's Magazine* (Toronto), October 1.
KETY, S.S. 1959. Biochemical theories of schizophrenia: Part I. *Science* 129: 1528-32.
KUTNER, L. 1962. The illusion of due process in commitment proceedings. *Northwestern University Law Review* 57: 383-99.
LANCET, EDITORS OF. 1952. Disabilities and how to live with them. London: *Lancet.*
LEONARD, W. E. 1927. *The locomotive god.* New York: The Century Company.
LEZNOFF, M., and WESTLEY, W. A. 1956. The homosexual community. *Social Problems* (The Society for the Study of Social problems) 3 (No. 4), 257-63.
LOVAAS, O. I., 1967. Behaviour therapy approach to treatment of childhood schizophrenia. In *Minnesota Symposium on Child Development,* ed. J. Hill. Minneapolis: Univ. of Minnesota Press.
——; SCHAFFER, B.; and SIMMONS, J. Q. 1965. Experimental

studies in childhood schizophrenia : Building social behaviors using electric shock. *Journal of Experimental Research in Personanality* **1 : 99-109**. 99-109.

MCREYNOLDS, P.; COLLINS, B.; and ACKER, M. 1964. Delusional thinking and cognitive organization in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 69: 210-12.

MARK, J. A. 1953. The attitudes of the mothers of male schizoohrenics toward child behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 48 (No. 2) : 185-89.

MEEHL, P. 1962. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist* 17: 827-38.

MINTZ, E. E. 1967. Time-extended marathon groups. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 4 (No. 2): 65-70.

MOONEY, C. M., and FERGUSON, G. A. 1951. A new closure test. *Canadian Journal of Psychology* 5: 129-33.

MULLAN, H., and ROSENBAUM, M. 1962. *Group Psychotherapy.* New York: Cree Press.

NUNNALLY,J.C. 1961. *Popular conceptions of mental health.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

O'BOIEN,B. 1958. *Operators and things.* Cambridge: Arlington.

OSGOOD, C. E.; SUCI, G. J.; and TANNENBAUM, P. H. 1957. *The measurement of meaning.* Urbana, Ill. : University of Illinois Press.

PETERS, F. 1949. *The world next door.* New York : Farrar, Straus.

POSER, E. G. 1966. The effect of therapist training on group therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology* 30: 283-89.

RAYMOND, E., ed 1946. *The autobiography of David —.* London: A. P. Watt & Son.

REID, E. C., 1910. Autopsychology of the manic-depressive. *Journal of Nervous and Mental Disease* 37: 606-20.

Report of the Commission on Obscenity and Pornography. **1970**. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office; reprinted by Bantam Books.

RIOCH, M. J. 1967. Pilot projects in training mental health counselors. In *Emergent approaches to mental health problems,* eds. E. L. Cowen, E. A. Gardner, and M. Zax. New York : Appleton-Century-Crofts, chap. 7.

ROBACK, A.A. 1961. *History of psychology and psychiatry.* New York : Philosophical Library.

ROBBINS, R. H. 1959. *The encyclopedia of witchcraft and demonology.* New York : Crown Publishers.

BOKBACH, M. 1964. *TheThree Christs of ypsilanti.* New York: Alfred A. Knopf, (Vintage Books).

ROSS, B., and ABRAMSON, M. 1957. *No man stands alone.* Philadelphia: J. B. Lippincott.

SCHEFF, T. J. 1964. Social conditions for rationality: How urban and rual courts deal with the mentally ill. *American Behavioral Scientist* 7: 21-27.

SPECK, R. V. 1967. Psychotherapy of the social network of a sch zophrenic family. *Family Process* 6: 208-14.

STANTON, A. H., and SCHWARTZ, M.S. 1954. *The mental hospital* York: Basic Books.

STRAUS, E. 1938. "Ein Beitrag sur Pathologie der Zwangserscheinungen," cited in Landis, C. and Mettler, F. A. 1964. *Varieties of Psychopathological experience.* N. Y. : Holt, Rinehart, & Winston, p. 339.

SULLIVAN, R. 1968. Violence, like charity, begins at home. *New York Times Magazine,* 24 November 1968.

SZASZ, T. S. 1961. *The myth of mental illness.* New York: Hoeber-Harper.

——. 1963. *Law, liberty, and psychiatry.* New York: Macmillan.

THIGPEN, C. H., and CLECKLEY, H. M. 1957. *The three faces of Eve.* New York: McGraw-Hill.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., and JACKSON, D.D. 1967. *Pragmatics of human communication.* New York: Norton.

WILDEBLOOD, P. 1959. *Against the law.* New York: Julian Messner.

WING. J. K. 1962. Institutionalism in mental hospitals. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1: 38-51.

WOLBERG, L. R. 1954. *The technique of psychotherapy.* New York: Grune & Stratton.

ZAX, M., and STRICKER, G. 1963. *Patterns of psychopathology.* New York: Macmillan.

ZILBOORG, G., and HENRY G. W. 1941. *A history of medical psychology.* New York: Norton.

مكتبة أصول علم النفس الحديث

يشرف على ترجمتها

الدكتور محمد عثمان نجاتي

صدر منها:

- علم النفس الإكلينيكي: تأليف جوليان ب. روتر
  ترجمة الدكتور عطية محمود هنا.
  أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس وجامعة الكويت.
  الطبعة الثانية، ١٩٨٤.
- علم نفس الشواذ: تأليف شيلدون كاشدان
  ترجمة الدكتور أحمد عبد العزيز سلامة.
  أستاذ علم النفس بجامعة الأزهر وجامعة الرياض.
  الطبعة الثانية، ١٩٨٤.
- الشخصية: تأليف ريتشارد س. لازاروس
  ترجمة الدكتور سيد محمد غنيم.
  أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس وجامعة الإمارات العربية.
  الطبعة الثانية، ١٩٨٤.
- التعلم: تأليف سارنوف د. ميدنيك، وهوارد د. بوليو، وإليزابت ف. لوفتاس.
  ترجمة الدكتور محمد عماد الدين إسماعيل،
  أستاذ علم النفس بجامعة عين شمس وجامعة الكويت.
  الطبعة الثانية، ١٩٨٤.
- الاختبارات والمقاييس: تأليف ليونا ا. تايلر
  ترجمة الدكتور سعد عبد الرحمن
  أستاذ علم النفس بجامعة الكويت
  الطبعة الأولى، ١٩٨٣

دار الشروق

مكتبة التحليل النفسي والعلاج النفسي

بإشراف الدكتور محمد عثمان نجاتي

- معالم التحليل النفسي تأليف سيجمند فرويد ،
  ترجمة الدكتور محمد عثمان نجاتي ، الطبعة الخامسة، ١٩٨٣.
- الأنا والهو تأليف سيجمند فرويد ،
  ترجمة الدكتور محمد عثمان نجاتي ، الطبعة الرابعة، ١٩٨٢.
- الكف والعَرَض والقلق تأليف سيجمند فرويد ،
  ترجمة الدكتور محمد عثمان نجاتي، الطبعة الثالثة، ١٩٨٣.
- ثلاث رسائل في نظرية الجنس تأليف سيجمند فرويد ،
  ترجمة الدكتور محمد عثمان نجاتي، الطبعة الثانية، ١٩٨٤ .

دار الشروق

مطابع الشروق

بيروت : ص . ب : ٨٠٦٤ هاتف : ٣١٥٨٥٩ . ٣١٥١٠١ - برقيا : داشروق - تلكس : SHOROK 20175 LE

القاهرة : ١٦ شارع جواد حسني - هاتف : ٧٧٤٨١٤ . ٧٧٤٥٧٨ - برقيا : شروق - تلكس : 93091 SHROK UN

